

相模原市がん患者ウィッグ購入費助成金請求書

年 月 日

相模原市長あて

住所 _____
自署の場合は押印不要

請求者 氏名 _____ 印 _____

電話 _____ (_____) _____

年 月 日付け相模原市指令(健康課)第 _____ 号で交付決定されました
相模原市がん患者ウィッグ購入費の助成金として、相模原市がん患者ウィッグ購入費助
成金交付要綱第8条の規定により、次のとおり請求します。

金 額 ¥ _____ 円 _____

相模原市会計管理者 殿

上記の支払金は、下記口座へ振込んでください。

なお、請求者と振込先の口座名義人が異なる場合は、口座名義人を代理人とし、
下記口座への振込をもって請求金の受領と認めます。

振込先金融機関								
				銀行				本店
				信用金庫				支店
				信用組合				支所
				農協				
預金の種類(該当に)		口座番号(右づめ)						
1 普通預金								
2 当座預金								
3 別段預金								
フリガナ								
口座名義(通帳名)								