

様式第4号（第6条関係）

助成金交付請求書

年 月 日

四国中央市長 様

住所
氏名

年 月 日付け 第 号で交付決定の通知があった助成金について、四国中央市がん患者アピアランスケア支援事業費助成金交付要綱第6条の規定により、次のとおり請求します。

1 交付請求額 円

2 振込先

金融機関名		支店名	
預金種別	普通・当座	口座番号	
フリガナ			
口座名義人			

備考

- 1 振込先の口座名義は、請求者本人の口座に限ること。
- 2 振込口座が確認できる通帳等の写しを添付すること。