様式第4号（第9条関係）

年　　月　　日

さくら市長　　　　　様

　　　　　　　　　　　申請者　住所

　　　　　　　　　　　　　　　氏名

がん患者医療用ウィッグ等購入費補助金交付請求書

　　年　　月　　日付け　第　　　号で交付決定の通知があったさくら市がん患者医療用ウィッグ等購入費補助金を上記のとおり交付されるよう、さくら市がん患者医療用ウィッグ等購入費補助金交付要綱第9条の規定により請求します。

（補助金振込先）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 振込先 | 金融機関名 | 銀行　　　　　　　　　支店 | | | | | | | | |
| 口座種別 | 1.普通  2.当座 | 口座番号 |  |  |  |  |  |  |  |
| ふりがな |  | | | | | | | | |
| 口座名義 |  | | | | | | | | |

※　添付書類：決定通知書の写し