

第 4 号様式（第 6 条関係）

年 月 日

大月町長 様

請求者 住所

氏名

助成金交付請求書兼支払金口座振替依頼書

年 月 日付け 第 号で交付決定を受けた大月町がん患者ア
ピアランスケア支援事業助成金について、大月町がん患者アピアランスケア支援事
業実施要綱第 6 条により、下記のとおり請求します。

記

1 請求金額 金 円

2 振込先口座(助成対象者名義の口座情報をご記入ください)

口座 名義人	フリガナ													
	氏 名													
ゆうちょ 銀行	通帳の記号						通帳の番号（右詰で記入）							
	1					0								1
ゆうちょ 銀行以外	銀行 金庫 本店						口座番号（右詰で記入）							
	農協 支店						普通							
	信組 労金 出張所						当座							

○通帳の口座情報が確認できる部分（通常は表紙の裏側）の写しを貼付してください。

（注意事項）

振込は請求のあった日から 1 か月程度かかります。