年　　　月　　　日

つがる市長

請求書

（つがる市がん患者医療用補正具購入費補助金交付事業）

令和　年　月　日付けで交付額の確定のあったがん患者医療用補正具購入費補助金について、つがる市がん患者医療用補正具購入費補助金交付要綱第７条第３項の規定により下記のとおり請求します。

記

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 請求者（対象者） | フリガナ |  | 請求金額 |
| 氏 名 | ㊞　 | 円 |
| 住　　所 |  |
| 電話番号 |  |
| 振込先 | 銀行　農業協同組合信用金庫　労働金庫 | 本店支店 |
| 種別 | 口　座　番　号 | 口座名義人（カタカナ） |
| 普通当座 |  |  |  |  |  |  |  |  |

※注意事項

・振込先は「対象者」又は「対象者の保護者（対象者が未成年者の場合）」の名義に限る。

・通帳又はキャッシュカード等口座番号のわかるものの写しを添付すること。