

宇治市がん患者アピアランスケア支援事業助成金請求書

金 額	万	千	百	十	一

上記の金額を請求します。

年 月 日

宇治市長 あて

申 請 者 住 所 〒

氏 名

電話番号（ ）

対 象 者（申請者と同じ ）

住 所 〒

氏 名

請求内容（次の口座に振込みを依頼します）

金融機関名		支店名	本店 支店 出張所
預金の種類	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座	口座番号	
フリガナ			
口座名義人			

添付書類：振込先金融機関のカナ名義及び口座番号が確認できるもの
（通帳またはキャッシュカードの写し）