

別記様式第2号（第5条関係）

長井市がん患者医療用ウィッグ・乳房補整具購入費補助金請求書

年 月 日

長井市長 様

住 所 〒
長井市

氏 名 印

TEL

長井市がん患者医療用ウィッグ・乳房補整具購入費補助金として下記の金額を請求します。

金額 _____ 円

振 込 先	金融機関	銀行 信金 信組 農協		口座番号 (左づめ)										
		支店												
	預金種別	普 通 ・ 当 座												
	口座 名義人	(カタカナ)												
(漢 字)														