

様式第 3（第 7 条関係）

江南市がん患者アピアランスケア支援事業補助金請求書

年 月 日

江南市長 様

申請者 住所

氏名

電話番号（ ）

江南市がん患者アピアランスケア支援事業補助金交付要綱第 7 条の規定により補助金の交付を請求します。なお、振込先には下記の口座を指定します。

記

補助金の 請求金額	円		
振込先 金融機関名	銀行 信用金庫 農協		本店 支店
預金の種類	普通 ・ 当座	口座番号	
フリガナ 口座名義			