

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

日付は空欄でお願いします。

年 ↓ 月 日

江南市長 様

申請者 住所 **江南市赤童子町〇〇**

氏名 **江南 太郎**

電話番号（ ）

**原則、対象者本人が申請してください。
やむを得ない理由で本人が申請できない
場合は、委任状が必要です。**

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	金額は空欄でお願いします。		円
振込先 <small>金融機関名</small>	銀行 信用金庫 農協	江南	本店 支店
	口座番号	〇〇〇〇〇〇〇〇	
フリガナ 口座名義	コウナン タロウ 江南 太郎		

**申請者と同じ方の口座情報
の記入をお願いします。**