

日付は
記入しないでください。

請 求 書

令和 年 月 日

(あて先) 各務原市長

〒
住 所

氏 名

電話番号

申請者は本人又は家族

各務原市がん患者医療用補正具購入費助成金交付決定通知に基づき、
下記の金額を請求します。

対 象 者		(ふりがな) 氏 名			生年月日		
		()			昭和 平成	年 月 日	生 (歳)
連 絡 先		〒			電話 ()		
振 込 先	金 融 機 関 名	銀行 金庫 農協			本店 支店 出張所		
	預 金 種 別	普通	(ふりがな) 口座名義人	()			
		当座	(申請者と同一)				
口 座 番 号						(左詰記入)	
請 求 額		金			円		

口座名義人は
申請者と同一の方にして
ください。
必ずふりがなの記入を
お願いします。

1000円未満の端数切捨てです。
注) 請求額は、2重線での訂正ができません。
誤りがあると書き直しをお願いすることになります。
金額の判断に迷う場合は空欄での提出をお願いします。
その際は、書類の審査後に金額が決定しますので、
決定通知(郵送)にて金額をお知らせします。