様式第４号（別表関係）

がん患者医療用補正具購入事業補助金請求書

年　　月　　日

　久慈市長　様

　　　　　　　　　　　　申請者　住所

氏名　　　　　　　 　　　（続柄　　　）

電話番号

　　　　　年　　月　　日付け　　　　第　　号で補助金の交付決定の通知を受けたがん患者医療用補正具購入事業補助金について、補助金交付規則により、関係書類を添えて、次のとおり補助金の交付を請求します。

１　補助金交付請求額　　　金　　　　　　　　　　円

２　振込先口座

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 金融機関名 | 銀行  農協  金庫 | | 本店  支店 | | | | | | |
| 口座種別 | 普通・当座 | 口座番号 |  |  |  |  |  |  |  |
| フリガナ | |  | | | | | | | |
| 口座名義人  （申請者と同じ名義とする。） | |  | | | | | | | |

添付書類

　購入に要した費用が確認できる書類（領収書等の写し）