第３号様式（第８条関係）

　　年　　月　　日

海老名市がん患者ウィッグ等医療用補整具購入助成金交付請求書

海老名市長　殿

（申請者）　氏名

住所

連絡先

　　　　年　　月　　日付で交付の決定を受けた海老名市がん患者ウィッグ等医療用補整具購入助成金について、海老名市がん患者ウィッグ等医療用補整具購入助成金交付要綱第８条第１項の規定により、次のとおり請求します。

１　交付決定額　　　　　　　　金　　　　　　　　　　　　　円

２　請求額　　　　　　　　　　金　　　　　　　　　　　　　円

３　振込み口座　　　　　　　　金融機関名

支店名

預金種別　　普通　・　当座

口座番号

口座名義