様式第１４号(第１３条関係)

　　年　　月　　日

沖縄市長　　様

申請者 住　所

 氏　名

 電話番号

沖縄市がん患者アピアランスケア助成金交付請求書

沖縄市がん患者アピアランスケア助成金を次のとおり請求します。

補助金請求額　　　　　　　　　 円

|  |  |
| --- | --- |
| 金融機関名 |  |
| 支店名 |  |
| 預金種別 | １．普通 　　２．当座 |
| 口座番号 |  |
| フリガナ |  |
| 口座名義 |  |

添付書類（振込を希望する金融機関の通帳の写し）