

年 月 日

沖縄市長 様

申請者 住 所 沖縄市・・・
氏 名 治療を受けた方の氏名
電話番号 申請書に記入した番号と
同じ番号を記入してください

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

- 補助金請求額は、様式第 1 号「交付申請書」の項目 3 .補助申請額に記入した金額（または確定通知に記載されている金額）をご記入ください。
- 下記の振込口座情報は、治療を受けた方が口座名義となっている口座の情報をご記入ください。

※ 添付する通帳の
写しを確認して
全て記入してくだ
さい。

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）

※添付する金融機関の通帳の写しは、金融機関名・支店名・口座番号・口座名義が全てわかるものを添付してください。