

様式第 1 4 号(第 1 3 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）