

笠岡市がん患者アピアランスサポート助成金請求書

令和 年 月 日

笠岡市長 殿

申請者 住 所 笠岡市 中央町1番地1

氏 名 笠岡 花子 ⑩

電話番号 0865-〇〇-〇〇〇〇

笠岡市がん患者アピアランスサポート助成金交付要綱第8条の規定により、次のとおり笠岡市がん患者アピアランスサポート助成金を請求します。

請 求 額

¥ 19,000 円

《振込先口座》

振 込 先	金融機関名 〇〇銀行	支店名 〇〇支店
	口座種別 普通預金 等	口座番号 〇〇〇〇〇〇
	口座名義人（フリガナ） カサオカ ハナコ 笠岡 花子	