

### 奄美市がん患者アピアランスケア支援事業助成金交付請求書

奄美市長 殿

私は、奄美市がん患者アピアランスケア支援事業実施要綱第5条の規定により、次のとおり請求します。

申請者	フリガナ							
	氏名	⑨						
	住所	〒						
請求金額		金 円						
振込先		銀行 農業協同組合 信用金庫( )				本店 支店		
		種別	口座番号				口座名義人(カタカナ)	
		普通・当座						
<p>※口座名義が申請者と異なる場合          上記、助成金の受領に関することを次の者に委任します。          受任者 住所          氏名 <span style="float: right;">申請者との続柄:</span></p>								
<p>支給を行うにあたり、必要に応じて個人情報の照会を行うことに同意します。 <input type="checkbox"/></p>								

※ 振込先の金融機関名、支店名、預金種目、口座名義人、口座番号が分かるページの写しを添付すること。