

## 奄美市がん患者アピアランスケア支援事業交付請求書

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	アマミ ハナコ					
	氏名	奄美 花子 <span style="float: right;">⑨</span>					
	住所	〒894-8555 奄美市名瀬幸町25番8号 <span style="border: 1px solid blue; padding: 2px;">押印が必要です。</span>					
請求金額	金 ●●, ●●● 円						
振込先	●●● 銀行 農業協同組合			●● 本店			
	信用金庫( )			支店			
	種別	口座番号			口座名義人(カタカナ)		
普通・当座	●	●	●	●	●	●	アマミ ハナコ
<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 checked="" 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。

振込みを希望する口座の名義人が「申請者と異なる場合のみ」記入が必要です。