

(宛先) 前橋市長

補助金交付請求書

令和6年度前橋市がん患者アピランスサポート事業補助金について、下記のとおり請求します。

記

請求者 (発行責任者)		電話番号	
住所	前橋市		

1 請求額

令和6年度 前橋市がん患者アピランスサポート事業補助金	請求額
	円

2 振込先金融機関名等

口座名義	カナ									
	漢字									
口座番号	金融機関名	銀行・信用金庫 信用組合・農協	本店・支店等	本店・支店 支所・出張所						
	種別	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座	口座番号 (右寄せ・7桁)							

※振込口座の名義が請求者（補助金交付申請者）以外の場合は、委任状が必要です。
※通帳の写し（上記の内容が分かるもの）を添付してください。