

令和 年 月 日

(宛先) 前橋市長

補助金交付請求書

令和 7 年度前橋市がん患者アピア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 7 年度 前橋市がん患者アピア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	☐ 普通 ☐ 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。