

補助金等交付（概算払）請求書

年 月 日

（宛先）伊那市長

申請者 住所

氏名 ㊟

令和 年 月 日付 伊那市指令 伊健第 号で確定（交付決定）
通知のあった 伊那市がん患者アピアランスケア事業の補助金等の交付（概算払）
を、次のとおり請求します。

補助金等確定 （交付決定）額	円
-------------------	---

振込先口座 （申請者の名義）	フリガナ			
	口座名義			
	金融機関名		支店名	
	口座種別		口座番号	