

補助金請求書

令和 年 月 日

（宛先）伊那市長

申請者（本人）
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
-------------------	---

（振込口座）

指定口座 （本人名義）	フリガナ			
	口座名義			
	金融機関名		支店名	
	口座種別		口座番号	

※添付書類：預金通帳の写し（名義人、口座種別、口座番号及び支店名がわかるもの）