

様式第1号（第5条関係）

年 月 日

嬉野市長

様

申請者 住所 _____
氏名 _____ ⑩
助成対象者との続柄（本人・扶養者） _____
電話番号 _____（ ） _____

年度嬉野市医療用ウィッグ・胸部補正具購入費助成金交付申請書兼請求書

嬉野市医療用ウィッグ・胸部補正具購入費助成金の交付を受けたいので、嬉野市医療用ウィッグ・胸部補正具購入費助成事業実施要綱第5条の規定により、関係書類を添え、下記のとおり申請します。

なお、申請するに当たり、嬉野市が私の市税等の滞納の有無に関する情報など、助成金の交付に関し必要な事項を照会し、確認することに同意します。

記

助成対象者	氏名		生年月日	年 月 日
	住所			
助成対象経費		円	購入日	年 月 日
交付申請・請求金額	円			
振込先	金融機関名		銀行・金庫 農協・組合	本店・支店・本所 支所・出張所
	預金種別	普通・当座	口座番号	
	(フリガナ) 口座名義	-----		