

様式第2号（第7条関係）

補助金等交付請求書

申請書に記載した日付と同じ日付を記入してください。

令和5年11月20日

鹿沼市長 宛

対象者となる方の名前等を記入してください。

住所 鹿沼市今宮町 1688-1  
氏名 鹿沼 さつき 印  
電話番号 0289-63-8311

年 月 日付け 健（がん）第 号で交付決定の通知を受けた鹿沼市がん患者医療用ウィッグ等購入費補助金の交付について、鹿沼市補助金等の交付に関する規則第24条第1項の規定により、次のとおり請求します。

1 請求金額

申請書の補助金申請額欄と同じ金額を記入してください。

30,000 円

2 振込先口座

金融機関名	〇〇銀行	支店名等	〇〇 本店支店支所
口座種別	① 普通 2 当座	口座番号	1234567
口座名義人	フリガナ	カヌマ サツキ	
	氏名	鹿沼 さつき	

(注意事項)

- この請求書は、補助金の交付申請書と一緒に提出してください。
- 補助金の交付決定を受けた者の氏名と口座名義人の氏名とが異なる場合は、補助金を交付することができません。
- 補助金は、口座振込の方法で交付します。口座振込以外の方法で交付することはできません。