

様式第 8 号（第 16 条関係）

| | | | | | |
|-------------|------|----------|----|----------|--------|
| 振 込 先 | 口座番号 | 銀行 農協 | 支店 | 普通 当座 | 第 号 |
| | 口座名義 | | | | |

請 求 書

金 円

ただし、令和 年度飛島村がん患者アピアランスケア支援事業費
補助金として

上記の金額を請求します。

年 月 日

住 所

氏 名

（連絡先 電話 ー ）

飛島村長 様

- 飛島村がん患者アピアランスケア支援事業費補助金を上記の振込先に振込む
ことを承諾します。

氏名 _____