

様式第4号(第8条関係)

がん患者医療用補整具購入費助成金請求書

年 月 日

森町長 様

請求者 住 所
氏 名
電話番号 ⑩

年 月 日付け 第 号により交付決定を受けた森町がん患者医療用補整具購入費の助成として、次のとおり請求します。

金 円也

振 込 先			
金融機関名	銀行・信用金庫・労働金庫・農協		支店・支所
口座種別	普通・当座	口座番号	
ふりがな			
口座名義人			

口座名義人が請求者でない場合は、下記に記入してください。

がん患者医療用補整具購入費助成金の受領を	
住 所	
氏 名	に委任します。
	年 月 日
委任者	
住 所	
氏 名	⑩