

様式第 4 (第 8 条関係)

岩倉市がん患者医療用補整具購入費補助金請求書

年 月 日

岩倉市長 殿

申請者 住所
氏名
電話番号

年 月 日付け岩健発第 号で交付決定のありました岩倉市がん患者医療用補整具購入費補助金について、下記のとおり請求します。

記

補助金請求額	金 円					
(振込先) 金融機関	銀行 信用金庫 農協					支店
種 別	普通 当座					
口座番号						
(フリガナ)						
口座名義人						

(注) 口座名義人は、申請者としてください。