

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 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。