

記入上の注意

がん患者医療用補整具購入費助成金請求書

空欄でお願いします。

年 月 日

袋井市長

電話は、日中連絡がとれる番号をご記入ください。利用者が未成年の場合は、法定代理人が申請者となります。

請求者 住所
氏名
電話

年 月 日 第 号

により助成の決定を受けたがん患者医療用補整具購入費助成金として、次のとおり請求します。

空欄でお願いします。

請求金額 円

空欄でお願いします。

銀行	
振込	基本は、申請者名義の口座を記載してください。申請者が銀行口座を持っていない場合等は、下欄の委任者欄もご記入ください。金融機関が郵便局の場合、支店名は、支店番号をご記入ください。
口座	
フリ	
口座名義人	

口座名義人が請求者でない場合には、次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

委任者

住所
氏名

申請者が銀行口座を持っていない場合のみ記入してください。

月 日

添付書類（書類を添付したらレ点をつけてください。）

- 振込先指定口座の名義人、口座番号及び支店名が確認できるものの写し