

様式第4号（第7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

袋井市長

請求者 住所
氏名
電話

年 月 日付け 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。

請求金額 円

振込先金融機関名	銀行 農協 金庫 支店		
口座の種類	普通・当座	口座番号	
フリガナ			
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	に委任します。
	年 月 日
委任者	
住所	
氏名	

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