

年 月 日

関市長 様

住 所 _____

氏 名 _____

電話番号 _____

関市がん患者医療用補正具購入費助成金交付請求書

年 月 日付け関市指令 第 号で交付決定を受けた関市がん患者医療用補正具購入費助成金について、関市がん患者医療用補正具購入費助成金交付要綱第7条第1項の規定により、下記のとおり請求します。

記

1. 請求金額 金 円

2. 振込先

| | | | |
|-------|-------|------|-----|
| 金融機関名 | 銀行 | | 本店 |
| | 金庫 | | |
| 預貯金種別 | 普通・当座 | 口座番号 | 出張所 |
| | | | |
| フリガナ | | | |
| 口座名義人 | | | |