

様式第2号 (第8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

熱海市長 あて

住 所

請求者 氏 名

印

電話番号

がん患者医療用補整具購入費の助成として、次のとおり請求します。

金 円也

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
ふりがな		
口座名義人		

口座名義人が請求者でない場合は、下記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	印	