

様式第3号（第9条関係）

南伊豆町がん患者医療用補整具購入費助成金請求書

年 月 日

南伊豆町長 様

住 所
請求者 氏 名 ⑩
電話番号

年 月 日付け南伊豆町指令第 号により交付の決定を受けた南伊豆町がん患者医療用補整具購入費助成金について、次のとおり請求します。

金 円

振 込 先 金 融 機 関	金 融 機 関	銀 行・信用金庫 農 協・信 漁 連					本 店 支 店 出張所
	口 座 種 別	普通 ・ 当座					
	口 座 番 号						
	フリガナ						
	口 座 名 義 人						

委任状（請求者と口座名義人が同一の場合は、委任状の記入は不要です。）

南伊豆町医療用補正具購入費助成金の受領を上記の口座名義人に委任します。 年 月 日 請求者 氏 名 印 南伊豆町長 様
--