

様式第3号（第7条関係）

御殿場市がん患者医療用補整具購入費助成金請求書

年 月 日

御殿場市長 様

住 所
請求者 氏 名 印
電話番号

年 月 日付け 第 号により支給を可とする決定を受けたがん患者医療用補整具購入費助成金について、御殿場市がん患者医療用補整具購入費助成要綱第7条の規定により、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			本 店		
		金 庫			支 店		
		農 協			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。）

御殿場市がん患者医療用補整具購入費助成金の受領を上記口座名義人に委任します。
年 月 日
請求者 氏名 印
御殿場市長 様