

様式第3号(第7条関係)

令和      年      月      日

三豊市長 山下 昭史 様

請求者 住 所  
氏 名  
電話番号

## がん患者医療用補整具購入費用補助金請求書

令和 年 月 日付け三健健第 号により交付決定を受けた三豊市がん患者医療用補整具購入費用補助金について、三豊市がん患者医療用補整具購入費用補助金交付要綱第7条の規定により下記のとおり請求します。

記

1 請求額 円

## 2 振込先口座

金融機関名		支店名等	
預金種目	普通      ・      当座      ・      その他(                      )		
口座番号			
フリガナ			
口座名義人			

(注意)

※ 口座名義人は、交付決定者(請求者)と同一としてください。