

年 月 日

雫石町長 様

申請者 住所  
氏名 ㊟（続柄 ）  
電話番号

雫石町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 第 号で交付決定の通知があった\_\_\_\_\_の雫石町がん患者医療用補正具購入費助成金について、次のとおり助成金の交付を請求します。

記

1 請求額 金 円

2 振込先口座

フリガナ									
氏名 (口座名義人)									
金融機関名	銀行			本店					
	金庫								
	農協			支店					
口座種類	普通・当座	口座番号							