

美郷町がん患者用補正具購入費補助金請求書

年 月 日

美郷町長

様

請求者 住 所 美郷町
氏 名

印

次のとおり請求します。

請求金額 _____ 円

支 払 方 法	口座振替払							
口座振替払の 振込銀行及び 口座名義・ 口座番号	銀行						支店	当 ・ 普 ・ 別
	フリガナ 口座名義							
摘 要 年 月 日付け指令美福第 _____ 号による美郷町がん患者用補正具 購入費補助金として								

※「請求者」及び「口座名義」は、補助金の交付「対象者」又は「対象者の親権者」の口座を記載してください。