

様式第3号（第9条関係）

坂戸市がん患者医療用補整具購入費助成金交付請求書

年 月 日

坂戸市長 あて

請求者 住 所
氏 名
電話番号

坂戸市がん患者医療用補整具購入費助成金交付要綱第9条第1項の規定により、下記のとおり助成金の交付を請求します。

記

助成金交付請求額 金 円

上記金額を下記の口座に振り込んでください。

金融機関名	銀行 信用金庫 農協	支店
預金種別	普通	当座
口座番号		
フリガナ		
名義人氏名		