

(あて先) 浜松市長

請求者 住所  
氏名  
電話番号

浜松市がん患者医療用補整具購入費補助金請求書

年 月 日付け浜松市指令健医第 号により交付決定及び確定を受けた浜松市がん患者医療用補整具購入費補助金として、次のとおり請求します。

金 円

振込先口座

銀行名	本・支店・ 営業部・出張所	預金種別	口座番号
		1 普通預金 2 当座預金 3 ( )	
フリガナ			
口座名義人			