

第3号様式（第8条関係）

伊東市がん患者医療用補整具購入費補助金請求書

年 月 日

（宛先） 伊東市長

〒 _____
請求者
住所 _____
氏名 _____ ⑩
連絡先 _____

がん患者医療用補整具購入費補助金を次のとおり請求します。

金 円

補助対象者 氏名	
補助対象者 住所	伊東市
補助対象者 生年月日	年 月 日

振込先	金融機関	銀行 信金 労金 農協 信組 支店	
	フリガナ		
	口座名義人		
	預金種別	普通・当座	口座番号

※請求者又は補助対象者と口座名義人が同一の場合は、委任状の記入は必要ありません。

本請求の伊東市がん患者医療用補整具購入費補助金の受領を上記口座名義人に委任します。
年 月 日
請求者（補助対象者） ⑩
伊東市会計管理者 様