

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

令和4年〇月17日

見本

(宛先) 伊東市長

〒414-8555

請求者

住所 伊東市大原二丁目1番1号

氏名 伊東 ツバキ

連絡先 0557-32-1583

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 40,000円

| | |
|------------|--------------|
| 補助対象者 氏名 | 伊東 みかん |
| 補助対象者 住所 | 伊東市大原二丁目1番1号 |
| 補助対象者 生年月日 | 昭和60年 1月 〇△日 |

| | | | |
|-----|-------|-------------------------------|--------------------|
| 振込先 | 金融機関 | サイレントヒルズ 銀行 信金 労金 農協 信組 | 伊東 支店 |
| | フリガナ | イトウ ミカン | |
| | 口座名義人 | 伊東 みかん | |
| | 預金種別 | 普通・当座 | 口座番号 1234 654 789△ |

※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。

令和4年〇月16日

請求者（補助対象者） 伊東 ツバキ

伊東市会計管理者 様