

窓口申請日を記入

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 2年 〇月 17日

（宛先） 伊東市長

〒414-8555

請求者

窓口での申請者を記入  
（補助対象者の場合は本人  
を記入）

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 伊東 支店 信金 労金 農協 信組
	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

※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。

申請者が補助対象者と異なる場合は記入

令和 2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