様式２号

日付は記入しないでください

**×**年**×**月**×**日

美作市長　　　様

請求者　住所　美作市●●　○○番地

氏名　美作　太郎　　㊞

電話番号　●●-●●●●

美作市がん患者医療用補整具（アピアランスケア）助成金請求書

美作市がん患者医療用補整具（アピアランスケア）助成金交付要綱第９条の規定により助成金を請求します。

請求額は記入しないでください

請求額

￥　　　　**××，×××**　　　円

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 助成対象者 | フリガナ  氏名 | ☑請求者に同じ | | 生年月日 |
| **●**年　　**●**月　　**●**日 |
| 住所 | 美作市　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　☑請求者に同じ | | |
| 購入額 | 医療用ウィッグ等  **〇〇，〇〇〇**円 | | 乳房補整具等  円 | |

口座振込先

●●　　　　　　　　　　　　〇〇

●●●●●●●

●●●●● ●●●●●●●●

　　　　　　　　　　　　ミ　マ　サ　カ　　タ　ロ　ウ

美作　太郎