様式２号

 年　　　月　　　日

美作市長　　　様

請求者　住所

氏名　　　　　　　　　　　　　㊞

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

￥　　　　　　　　　　　　　　　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 | 医療用ウィッグ等円 | 補整具等円 |

口座振込先