

第4号様式（第7条関係）

座間市がん患者医療用補整具購入等助成金請求書

年 月 日

（宛先）座間市長

年 月 日付け座間市指令第 号で交付決定を受けた座間市がん患者医療用補整具購入等助成金について、次のとおり請求します。

交付決定者（請求者）				
住所				
電話番号				
助成対象者				
購入等の額（A）		$A \times 0.9$	助成限度額	助成額
ウィッグ	円	ア 円	イ 30,000円	ウ ア又はイのいずれか低い額 円
胸部補整具	円	エ 円	オ 30,000円	カ エ又はオのいずれか低い額 円
請求額（ウとカの合計）				円

金融 機関名	銀行コード		コード		1 普通 2 当座
	銀行・信用金庫・信用組合・農協		本店・支店・出張所		口座番号
フリガナ					
口座名義人					