

様式第6号

年 月 日

(あて先) 浜松市長

請求者 住所
氏名 ④
電話番号
利用者 氏名

浜松市がん患者医療用補整具購入費補助金請求書

年 月 日付け浜松市指令 第 号により交付決定及び確定を受けた浜松市
がん患者医療用補整具購入費補助金として、次のとおり請求します。

金 円

振込先口座

銀行名	本・支店・ 営業部・出張所名	預金種別	口座番号
		1 普通預金 2 当座預金 3 ()	
フリガナ			
口座名義人			