

様式第 4 号（第 6 条関係）

がん患者医療用ウィッグ及び補整具等購入費助成金請求書

年 月 日

伊方町長 様

請求者 住所
氏名

年 月 日付 第 号で支給決定を受けたがん患者
医療用ウィッグ及び補整具等購入費助成金を下記のとおり請求します。

記

請求額 金 円

(振込先)

金融機関名	銀行 金庫 組合							本店 支店 出張所
預金種別	普通 当座		(ふりがな) 口座名義人		()			
口座番号								(左詰記入)