様式第４号（第８条関係）

仙台市がん患者医療用ウィッグ・乳房補正具購入費助成金請求書

令和　　年　　月　　日

（あて先）仙台市長

住所

　　　　　　　　　　　　　　申請者

氏名　　 　　　　　　　　 　　 　（続柄　　　　）

電話番号

令和　　年　　月　　日付仙台市（R7健保健）指令第　　 　号で交付の決定の通知がありました標記の助成金について、仙台市がん患者医療用ウィッグ・乳房補正具購入費助成事業実施要綱第８条の規定により、下記のとおり請求します。

 １　請求金額

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 金　額 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 円 |

２　振込先

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 振込先銀行 |  | 銀行 |  | 店 |
| １ 普通２ 当座 | 口座番号 |  |  |  |  |  |  |  |
| 口座名義 | フリガナ |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |