

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

[illegible]

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									