

年 月 日

町田市がん患者アピアランスケア用品購入費等助成金交付請求書

町田市長 様

住所

氏名

印

電話番号

年 月 日付 町保推第 号により交付決定
のありました助成金について、町田市補助金等の交付に関する要綱第10第1項
の規定により、下記のとおり請求します。

記

助成対象者	
助成金交付請求額	円
助成金交付決定額	円