

この部分は何も記入しないでください。

~~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

申請書の「申請者」欄に記載した方の氏名等を記入し、押印してください。
(ヤキ印は不可)。

住所 **町田市森野2-2-●●**

氏名 **町田 町子** 印

電話番号 **090-●●●●-XXXX**

この部分は何も記入しないでください。

~~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	町田 町美
助成金交付請求額	円
助成金交付決定額	円

申請書の助成対象者をご記入ください。

審査によって決定する交付決定額が入りますので空欄で構いません。
記入いただいた金額が審査後の交付決定額と異なる場合は、再提出いただく必要があります。