

様式第7号（第9条関係）

年 月 日

大田原市長 様

支給決定者
住 所
氏 名
電話番号

大田原市人工透析通院燃料費助成金支給請求書

年 月 日付け大田原市指令 第 号で支給の決定を受けた助成金については、大田原市人工透析通院燃料費助成金支給事業実施要綱第9条第1項の規定により、次のとおり請求します。

支給決定金額					円	
振 込 先	金融機関名		支店等名			
	口座種別	普通 ・ 当座	口座番号			
	フリガナ					
	口座名義					