

# 請 求 書

年 月 日

大仙市長 様

住 所

氏 名

令和 年 月 日付け、大仙健健一 により決定のあった、大仙市がん患者医療  
用補正具購入費助成金について下記のとおり請求します。

記

助成金請求額 一金 \_\_\_\_\_ 円