請　　求　　書

　　年　　月　　日

　三種町長　　様

債権者・発行責任者

　住　所

電話番号

氏　　名

次のとおり請求します。

請求金額　￥

経費の内訳

　三種町がん患者医療用補正具購入費補助金として

　（　　　　年　　月　　日付け　指令三種健第　　　号）