

請 求 書

空欄のまま

—年—月—日

豊橋市長 長坂 尚登 様

助成申請書の
申請者と同じ

住 所 〒 000-0000
豊橋市●●町 12-3
氏 名 豊橋 太郎
電話番号 090-0000-0000

下記のとおり請求します。

金 額			万	千	百	十	円

但し、豊橋市小児慢性特定疾病医療費等助成要綱にかかる助成金として

金額は記入しないで
ください