

年 月 日

岩国市長 様

請求者
住 所 _____
氏 名 _____
連絡先 _____

岩国市がん患者のためのウィッグ購入費用補助金請求書

次のとおり岩国市がん患者のためのウィッグ購入費用補助金を請求します。

請 求 金 額 _____ 円