

様式第5号（第7条関係）

無料低額診療事業調剤処方費助成金等返還書

平成 年 月 日

苫小牧市長 岩 倉 博 文 様

(返還者) 所 在 \_\_\_\_\_  
名 称 \_\_\_\_\_  
代表者氏名 \_\_\_\_\_ (印)

平成 年 月 日付け苫生総第 号の支払決定について、下記の理由により助成金等を返還します。

記

返還金額 \_\_\_\_\_ 円  
(助成金 \_\_\_\_\_ 円  
手数料 \_\_\_\_\_ 円)

(理 由)