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

　　　令和　　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　　　　　　　　　　　　　㊞

　令和　　年　　月　　日付け苫総福第　　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）