

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 _____ (印)

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)