

様式第3号(第7条関係)

燕市がん患者医療用補正具購入費補助金交付請求書

年 月 日

燕市長 様

年 月 日付で交付決定を受けたがん患者医療用補正具購入費補助金について、
下記のとおり請求します。

1 請求金額 金 _____ 円

2 請求者 (申請者)

住 所	燕市
氏 名	_____ 印
電話番号	_____

(請求者以外の口座に振込を希望される場合は、下記の委任状も記入してください。)

委 任 状	
年 月 日	
燕市長 様	
私は、燕市がん患者医療用補正具購入費補助金の受領に関する一切の権限を次のとおり委任します。	
委任者 (申請者)	氏名 _____ 住所 _____
受任者 (口座名義人)	氏名 _____ 印 住所 _____ 電話 _____

3 振込先

金 融 機 関	金融機関名	本店・支店名
預 金 種 別	普通 当座	口座番号
口 座 名 義	(フリガナ)	
	氏 名	