

助成金請求書

石垣市長様

請求者 住所 石垣市

氏名 印

(本人との続柄:)

電話番号

石垣市難病患者等渡航費助成事業に係る助成金を、下記のとおり請求します。

年 月 日

記

患者氏名	
住所	〒907- 石垣市
※同行者氏名	
助成金請求額	円

※小児慢性特定疾患に係る患者の同行者(当該交付要綱第2条第3号)

委任状

◎左記の口座に振り替えてください。

金融機関名	
(店名)	(店)
預金種別	普通 ・ 当座
口座番号	
口座名義	

本助成金の受領については、左記の者にその受領を委任したことを証します。

1 委任内容 本助成金請求書による助成金の額全額

2 受領の方法 左記口座への口座振替

請求者

氏名 印