

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	

石垣市離島患者等通院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

※未成年者、要介護者、要支援者又は医師が必要であると認める者の同行者(当該交付要綱第2条第7号)

◎下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	
フリガナ	
口 座 名 義	

<u>委 任 状</u>	
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