



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

石垣市臓器移植に係る患者等の通院費等に係る渡航費等に係る助成金を、下記のとおり請求します。

年 月 日

記

患 者 氏 名	
住 所	〒 ー 石垣市
同行者氏名	
助成金請求額	円

◎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	

委 任 状

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