長岡市がん患者医療用補整具購入費補助金交付請求書

長岡市長　様

年　　月　　日

長岡市がん患者医療用補整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	長岡市
氏　　名	
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

長岡市長　様

私は、長岡市がん患者医療用補整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

電話

受任者（口座名義人）　氏名

住所

電話

※委任者(申請者)が自署した場合は押印不要です。

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		

※長岡市処理

請求書受理 年　月　日	・　・　㊞		支出命令番号								-			