

（宛先）中央区長

年 月 日

中央区禁煙外来医療費助成金交付請求書

請求金額	¥
------	---

請求者	住所	〒 中央区
	ふりがな	
	氏名	
	電話番号	

中央区禁煙外来医療費助成金を請求します。
助成金は下記の口座に振り込んでください。

振込先	振込先金融機関	銀行 信用金庫 信用組合						本店 支店 出張所
	預金種別 普通	口座番号						
	口座名義	ふりがな						
氏名								

※振込先が請求者以外の場合は、下欄の委任状にご記入が必要です。

委任状
私は、中央区禁煙外来医療費助成金の受領を上記口座名義の者に委任します。
年 月 日
請求者氏名 (自署)