

第4号様式（第7条関係）

越谷市後期高齢者医療人間ドック検診料助成金請求書

越谷市長宛

年 月 日

(請求者) 住 所

氏 名

電話番号

年 月 日付け

第

号で交付が決定された越谷市

後期高齢者医療人間ドック検診料助成金について、越谷市後期高齢者医療人間ドック
検診料助成要綱第7条の規定により下記のとおり請求します。

記

1 請求金額 金

円

2 振込先

							銀行 信用金庫 農協		本店 支店
口座 番号	普通・当座							フリガナ	
								口座名義人	

※振込先を請求者以外の口座名義人とする場合は、委任状への記入及び押印が必要になります。

委 任 状

年 月 日

委任者（請求者）

住 所

氏 名

印

私は、越谷市後期高齢者医療人間ドック検診料助成金の受領を下記の者に委任します。

受任者

住 所

氏 名