

様式第2号（第4条関係）

富士見町国民健康保険人間ドック補助金請求書

年 月 日

富士見町長 様

申請者（世帯主）住所

氏名

受診者 氏名

下記のとおり人間ドック補助金を申請しますので、指定する口座へ振込みください。

記

請求金額 _____ 円

振 込 先	金融機関	銀行・信用金庫・農協 ()						
		支店・支所・出張所 ()						
	預金種別	普通	口座番号					
	フリガナ							
	口座名義人							
委任状	(申請者と口座名義人が相違する場合は、下記に署名してください。) 富士見町国民健康保険人間ドック補助金の受領について、上記の口座名義人に委任いたします。 申請者（世帯主） 氏名 _____							