

加賀市禁煙外来治療費助成金請求書

金 額							円
-----	--	--	--	--	--	--	---

加賀市禁煙外来治療費助成金交付要綱第6条の規定により、請求します。

<助成金振込先>

銀行・金庫 信組・農協・漁協		本店 支店
口座番号	普・当	
フリガナ		
名義人		

<委 任>

私は、	を代理人と定め、次の権限を委任する。
年 月 日	請求した禁煙外来治療費助成金の受領に関すること。

年 月 日

(宛先)加賀市長

住 所.....

氏 名..... 印.....