

委 任 状

年 月 日

大田区長 様

(委任者)

住所

氏名

印

生年月日

私は、大田区国民健康保険人間ドック受診助成金の受領について、次の者に委任します。

(受任者)

住所

氏名

印

生年月日

支払金口座振替依頼書

- ・本様式への記載内容は、当区における支払・収入事務以外には利用しません。
- ・訂正・削除等には訂正印を押印してください。ただし、※印の項目

担 当 課		
年 月 日		
係 員	係 長	課 長

支払金の内容		大田区国民健康保険人間ドック受診助成金								
振 込 口 座	金融機関	銀行・信用金庫 信用組合				支 店 出張所				
	預金種目	1 普通 2 当座	※口座番号 (右づめ)							
	口座カナ									
	※口座名義									

本件の助成金については、上記口座に振り込んでください。

(宛先) 大田区長 提出日 年 月 日

依頼人 郵便番号 _____

住 所 _____

電話番号 _____

※氏 名

--

印 鑑
請求書に使用する印
スタンプ印等は不可