

請求委任及び口座振替支払依頼書

熊本市長 様

令和 年 月 日

住 所	〒 ー			
電話番号	(自宅)		(携帯)	
氏 名	印	生年月日	大・昭・平	年 月 日

＊ 印鑑は銀行届出印でなくても結構です。

熊本市が交付するリバースモーゲージ利子助成事業補助金の請求を熊本市健康福祉政策課長に委任します。

また、補助金の支払いについては、事務の都合上、下記口座名義人の預金口座への振込を依頼します。

記

金融機関名							口座名義人								
ﾌｨﾌﾞﾅ							ﾌｨﾌﾞﾅ								
銀行 本店 支店															
銀行コード				本支店番号			種別		口座番号						
							普通								