様式第７号

**請求委任及び口座振替支払依頼書**

年　　月　　日

熊本市長　様

|  |  |
| --- | --- |
| 申請者 | 住　所  法 人 名  代表者名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 印 |

熊本市が交付する熊本市指定難病等診断書オンライン化支援事業補助金の請求を熊本市に委任します。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。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 金　　融　　機　　関　　名 | | 種別 | 口　　座　　番　　号 | | | | | | |
| 銀行　　　　　　　　本店  信用金庫　　　　　　支店  農協　　　　　　　出張所  労働金庫　　　　　　支所 | | 普通  当座 |  |  |  |  |  |  |  |
| フリガナ |  | | | | | | | | |
| 口座名義 |  | | | | | | | | |

　※代表者と口座名義人が異なる場合、委任状の提出が必要です（同一人物でも肩書きが異なる場合は委任状が必要。）

**委　　任　　状**

　私は、　　　　　　　　　　　　を代理人と定め、熊本市指定難病等診断書オンライン化支援事業補助金に係る受領に関する一切の権限を委任します。

記

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　月　　日

（委任者）　住　所

印

代表者名

（受任者）　住　所

印

代表者名

（振込先）　　　　　　　銀行　　　　　　支店

　　　　　　　　　　　　普通　・　当座

　　　　　　　　　　　　口座番号

口座名義人

熊本市長　様

様式第７号

記入例

**請求委任及び口座振替支払依頼書**

令和〇年　〇月　〇日

熊本市長　様

|  |  |
| --- | --- |
| 申請者 | 住　所　　　熊本市〇〇区〇〇町〇－〇  法 人 名　　△△△△法人△△△△  代表者名　　理事長　■■　■■　　　　　　　　 印 |

熊本市が交付する熊本市指定難病等診断書オンライン化支援事業補助金の請求を熊本市医療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。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 金　　融　　機　　関　　名 | | 種別 | 口　　座　　番　　号 | | | | | | |
| 〇〇〇〇　銀行　　　　本店  信用金庫　　支店  農協　　　　出張所  労働金庫　　支所 | | 普通  当座 |  | **0** | **0** | **0** | **0** | **0** | **0** |
| フリガナ | △△△△ビョウイン（クリニックトウ）　インチヨウ　〇〇　〇〇 | | | | | | | | |
| 口座名義 | △△△△病院（クリニック等）  院長　〇〇　〇〇 | | | | | | | | |

　※代表者と口座名義人が異なる場合、委任状の提出が必要です（同一人物でも肩書きが異なる場合は委任状が必要。）

**委　　任　　状**

記入例

△△△△病院（クリニック等）

　私は、　院長　〇〇　〇〇　を代理人と定め、熊本市指定難病等診断書オンライン化支援事業補助金に係る受領に関する一切の権限を委任します。

記

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　令和〇年　〇月　〇日

（委任者）　住　所 　熊本市〇〇区〇〇町〇－〇

印

代表者名　　　　　　　理事長　〇〇　〇〇

（受任者）　住　所 　熊本市〇〇区〇〇町〇－〇

印

代表者名　　　　　　　△△△△病院（クリニック等）

施設長　〇〇　〇〇

（振込先）　　　　　〇〇〇〇　銀行　　〇〇〇　支店

　　　　　　　　　　　　普通　・　当座

　　　　　　　　　　　口座番号　　００００００

口座名義人　△△△△病院（クリニック等）

　　　　　　　　　　　　　　　　　院長　〇〇　〇〇

熊本市長　様