

上記のとおり申請します。

令和      年      月      日

住      所      船橋市

電話番号      (      )

世帯主氏名      印

船 橋 市 長 あて

捨  
印

世帯主	本申請に基づく給付金に関する受領を下記の代理人に委任します。		令和	年	月	日
	氏名	⑩	住所	同上		
代理人 (口座名義人)	〒					世帯主との関係
	(フリガナ)					
	氏 名	⑩				

保険者 記入欄	支給決定額
	円