

年 月 日

山都町長 様

“請求書”は要押印

“申請日”と“決定日”は空欄

(申請者)

住 所 上益城郡山都町●●■番地
 法 人 名 社会福祉法人□□□会
 事 業 所 名 ■■■事業所
 代表者役職・氏名 理事長 ●● ●●



訪問介護等移動経費支援事業支援金支給請求書

年 月 日付け決定の通知を受けた訪問介護等移動経費支援事業支援金について、次のとおり請求します。

請求額 金 ●●●●● 円

銀行等を希望される場合

金融機関名	●●◆◆◆	銀行
		農協
支店・支所名	■■■	支店
		支所
種 別	普通・当座・その他（ ）	
口座番号	1 2 3 4 5 6 7	
フリガナ	××△△△	
口座名義人	××△△△	

ゆうちょ銀行を希望される場合

通帳記号	通帳番号（右詰めで記入下さい）											
1 0												
フリガナ												
口座名義人												