

日光市在宅ターミナルケア支援事業助成金交付請求書

年 月 日

日光市長 様

請求者 住 所  
氏 名  
(電話番号 )

年 月 日付けで利用決定のありました、日光市在宅ターミナルケア支援事業の助成金（ 年 月分）を次のとおり請求します。

記

- 1 請求金額 金 \_\_\_\_\_ 円
- 2 助成対象者 住所 \_\_\_\_\_  
氏名 \_\_\_\_\_

3 振込口座

金融機関名	本・支店名	種 目	口 座 番 号			
		1 普通預金				
金融機関コード	店舗コード	2 当座預金				
		3 その他				
ふ り が な						
口 座 名 義 人						

- ※ 領収書と利用されたサービスの明細を添付してください。
- ※ 助成対象者と振込口座の名義人が異なる場合は、初回請求時又は受任者変更の場合のみ、委任状（様式第8号）を添付してください（助成対象者がサービス利用終了後に請求できない場合を除く。）。