様式第６号（第8条関係）

年　　月　　日

福智町長　　殿

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 （訪問看護ステーション）

　　　　　　　 　　住　所

　　　　　　　　　名　称

　　　　　　　　　代表者　　　　　　　　　　　　　印

福智町医療的ケア児日常生活支援事業助成金交付請求書

年　　月分の福智町医療的ケア児日常生活支援事業助成金交付決定通知書に基づく福智町医療的ケア児日常生活支援事業助成金を交付くださるよう、福智町医療的ケア児日常生活支援事業助成金交付要綱第１０条第１項の規定により、下記のとおり請求します。

記

請求金額　　金　　　　　　　　　　　　　　　　　円

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 口座振替  依 頼 書 | 銀行  信用金庫  信用組合 | 本店  支店  出張所 | １　普通預金  ２　当座預金  ３　その他 | 口　座　番　号 | | | | | | |
|  |  |  |  |  |  |  |
| フリガナ |  | | | | | | | | |
| 口座名義人 |  | | | | | | | | |