

西宮市若年者の在宅ターミナルケア支援事業助成金交付請求書

令和 年 月 日

西宮市長 様

申請者 住 所
氏 名
(電話番号)

年 月 日付で利用決定のありました、西宮市若年者の在宅ターミナルケア支援事業 の助成金 (年 月分 ~ 年 月分) を交付されるよう請求します。

記

1 請求金額 金 円

2 振込口座

| 銀行名 | 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。
- * 請求金額は、領収書の金額の9割相当額を記入してください。