様式第７号（第１４条関係）

**赤穂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**

　　年　　月　　日

赤穂市長　宛

請求者　住所

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏名

（利用者との続柄　　　　　　　　　　）

（電話番号　　　　　　　　　　　　　）

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

記

１　請求金額　　　　　　　金　　　　　　　　　　円

２　利用者の氏名及び住所等

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 利用者氏名 |  | 生年月日 | 年　　月　　日 |
| 住所 | 〒  　赤穂市 | | |

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  ２　当座預金  ３　その他 |  |  |  |  |  |  |  |
| 金融機関コード | | | | 店舗コード | | |
|  |  |  |  |  |  |  |
| 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（１０円未満の端数があるときは、当該端数を切り上げる）を記入してください。