

様式第1号（第5条関係）

赤穂市特定入所者に係る食費等の負担限度額差額助成金交付申請書

年 月 日

赤穂市長 宛

申請者 住 所  
氏 名  
(利用者との続柄 )  
(電話番号 )

下記のとおり、赤穂市特定入所者に係る食費等の負担限度額差額助成を受けたいので、関係書類を添えて申請します。

被 保 険 者	フリガナ		被保険者番号										
	氏名		生年月日	年 月 日 ( 歳)									
	住所	〒											電話番号
支払った食費		日分 × 1日当たりの額 円 =											
支払った居住費及び滞在費		日分 × 1日当たりの額 円 =											

振込先	金融機関名		口座種別	普通 ・ 当座 ・ その他
	支店名		口座番号	
	口座名義(カタカナ)			