請　求　書

　　年　　月　　日

（あて先）　三芳町長

申請者

住　所　三芳町

氏　名　　　　　　　　　　　　　　㊞

下記のとおり請求いたします。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 年度 | 　　 　年度 | 交付決定年月日 | 　　年　　　月　　　日 |
| 障害者(児)名 |  | 申請者との続柄 |  |
| 助成の名称 | 重度身体障害者紙おむつ給付 |
| 請求額 | 　　金　　　　　　　　　　　　　円 |
| 対象期間 | 　　年　　月　～　　年　　月　（　　　月分） |

|  |  |
| --- | --- |
| 金融機関名 | 銀行・信金・農協　　　　　　　　本・支店 |
| 口座番号 | 　普　　　　　NO. |
| 口座名義人 |  |

※申請者と振込口座名義人は同一名義にしてください。

※印鑑を忘れずに押してください。