

請 求 書

年 月 日

(あて先) 三芳町長

申請者

住 所 三芳町

氏 名

印

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。