様式第６号（第８条関係）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　月　　日

時津町長　　様

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（指定訪問看護ステーション）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　住　　所

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　名　　称

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　代表者名

時津町医療的ケア児訪問型レスパイト事業補助金交付請求書

　　　 　年　　月　　日付の交付決定通知書に基づき、時津町医療的ケア児訪問型レスパイト事業補助金を交付されるよう、時津町医療的ケア児訪問型レスパイト事業補助金交付要綱第８条の規定により、下記のとおり請求します。

記

請求金額　　　金　　　　　　　　　　　円

　　　振込先口座

|  |  |
| --- | --- |
| 金融機関名 |  |
| 支店名 |  |
| 口座種別 | 普通　・　当座 |
| 口座番号 |  |
| フリガナ |  |
| 口座名義人 |  |