第6号様式（第8条関係）

　　　年　　月　　日

　粕屋町長　　　様

（助成対象訪問看護ステーション）

　　　　住　　所

　　　　名　　称

　　　　 代表者名

　　年　月分粕屋町医療的ケア児日常生活支援事業助成金交付請求書

　　　年　　月分の交付決定通知書に基づく粕屋町医療的ケア児日常生活支援事業助成金を粕屋町医療的ケア児日常生活支援事業助成金交付要綱第8条第1項の規定により、下記のとおり請求します。

記

請求金額　　金　　　　　　　　　　　　円

（振込先金融機関）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 金融機関名 |  | | 銀行・信用金庫  信用組合・農協 | | |  | | | 支店  支所 |
| 預金種別 | １：普通　　　２：当座　　　３：貯蓄 | | | | | | | | |
| 口座番号  (右づめでお願いします) |  |  | |  |  | |  |  |  |
| フリガナ |  | | | | | | | | |
| 口座名義 |  | | | | | | | | |