

神戸市若年者の在宅ターミナルケア支援事業助成金交付請求書
(福祉用具・在宅医療機器購入分)

令和 年 月 日

神戸市長 様

申請者 住 所
氏 名
(電話番号)
(メールアドレス)

令和 年 月 日付けで利用決定のありました、神戸市若年者の在宅ターミナルケア支援事業の助成金 (月分) を交付されるよう請求します。

記

1 請求金額 金 円

2 振込口座

(申請者と振込口座の名義人が異なる場合は、以下には記入せず、様式7-2受領委任状を提出してください)

銀行名	本・支店名	種 目	口 座 番 号			
		1 普通預金				
金融機関コード	店舗コード	2 当座預金				
		3 その他				
ふ り が な						
口 座 名 義 人						

- * 領収書と利用されたサービスの明細を添付してください。
- * 請求金額は、領収書の金額から自己負担分を除いた額を記入してください。
- * 代理人による請求の場合は、本人との関係がわかる書類を添付してください。