

第5号様式（第12条関係）

千代田区重症心身障害児等在宅レスパイト事業に係る
事業医師指示書作成費助成金交付請求書(口座振替依頼書)

年 月 日

(宛先)千代田区長

請求者住所

請求者氏名 印

下記のとおり関係書類を添えて請求します。
助成金は下記口座に振り込みください。

助 成 対 象 事 業	千代田区重症心身障害児等レスパイト事業に係る 医師指示書作成		
請 求 金 額 (内 訳)	医師指示書作成費 (文 書 料)		円
	消 費 税 (外税の場合)		円
	合 計		円
	助成額 (合計と同額)		円
添 付 書 類	1 医師指示書作成料に係る領収書 2 その他 有・無 (有の場合)		
振込先金融機関	銀 行 信用金庫 信用組合		本 店 支 店 出張所
	普通・貯蓄・当 座	口座番号	
フ リ ガ ナ			
口 座 名 義			

連絡先 (日中に連絡がつく電話番号)

(自宅・携帯・その他)	
-------------	--