

西脇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

年 月 日

西脇市長様

申請者 住所

氏名

印

(電話番号

)

年 月 日付で利用決定のありました西脇市若年者の在宅ターミナルケア支援事業助成金（ 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

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						

* 領収書及び西脇市若年者の在宅ターミナルケア支援事業実施報告書（様式第8号）を添付してください。

* 請求金額は、所要額の9割相当額を記入してください。なお、助成金の上限は、1月当たり54,000円です。