

第 15 号様式（第 20 条関係）

八王子市重症心身障害児（者）等在宅レスパイト事業
医師指示書料助成金交付請求書兼口座振替依頼書

年 月 日

八王子市長 宛

住 所：

（請求者）氏 名：

電話番号：

（本人確認書類の提示・提出等により押印を省略することができます）

八王子市重症心身障害児（者）等在宅レスパイト事業医師指示書料助成金について、下記により請求します。なお、助成金については、記載した口座に振り込んでください。

記

1 請求金額

千	百	十	万	千	百	十	円
---	---	---	---	---	---	---	---

2 振替依頼口座

	金融機関名	金融機関コード	支店名	店舗コード
指 定 口 座	銀行・信金 信組・農協		支 店 出張所	
	預 金 目 1 普通 2 当座	口座番号（右詰め）		口座名義人（カタカナ）

3 連絡先など（押印省略の場合は記入）

氏名		連絡先（電話番号）	
----	--	-----------	--

【市担当課使用欄】押印省略の場合、本人確認方法などを記録

確認方法	所属名・確認者	確認日	本人確認書類等の名称・備考