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

（請求者）
住　　所：
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 種　目	口座番号（右詰め）		口座名義人（カタカナ）	
	1 普通 2 当座				

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

記入見本

第

身障害児（者）等在宅レスパイト事業
助成金交付請求書兼口座振替依頼書

訂正をする場合は二重線と印鑑（請求者欄と同じもの）で訂正してください。

事務の都合上、日付は空欄でご提出ください。

年　月　日

八王子市長　宛

住　　所：

（請求者）　氏　　名　　㊞

シャチハタ不可です。

電話番号：

請求者は、18歳以上の場合は本人、18歳未満の児童の場合は保護者となります。
医師指示書料助成金交付申請書の申請者と異なる場合は、別途委任状が必要となります。

（本人確認書類

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。

1　請求金額

事務の都合上、請求金額は空欄でご提出ください。所得により助成の上限額は異なります。

千					百	十	円

2　振替依頼口座

口座情報をよくご確認のうえ、誤りや記入漏れのないよう正確に記入してください。

	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	
	預金種目	口座番号（右詰め）	口座名義人（カタカナ）	
	1 普通 2 当座			

いずれかに忘れず○をつけてください。

口座名義人は原則、上部にご記入いただく請求者と同じ方です。

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）	

押印を省略する場合はこちらをご記入ください。その場合、請求者の本人確認書類の提示又は写しの提出が必要です。

【市担当課使用

確認方法			本人確認書類等の名称・備考