

年 月 日

中間市長 様

(助成対象訪問看護ステーション)
名 称
代表者名

中間市医療的ケア児等レスパイト事業助成金交付請求書

年 月分の交付決定通知書に基づく中間市医療的ケア児等レスパイト事業助成金の
交付を受けたいので、中間市医療的ケア児等レスパイト事業助成金交付要綱第 8 条第 1 項の規
定により、下記のとおり請求します。

記

請求金額 金 円

振込先

金融機関名		
支店名		
口座種別		普通・当座
口座番号		
口座名義人	カナ	
	漢字	