**請　　　求　　　書**

**（記載例）**

（社会福祉法人等による利用者負担軽減制度事業補助金請求書）

　　多賀城市長　　深谷　晃祐　殿

日付は記入しないでください。

次のとおり請求いたします。

令和 年　　月　　日

 法人・事業者名 ○○法人△△会

 請求者 所在地 多賀城市中央２丁目１番１号

 代表者 理事長 多賀城 太郎

金額の訂正は不可（訂正印があっても認められません）

 事業所名 □□デイサービスセンター

 （事業所番号 ０４１２３４５ ）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **金　額** |  |  |  |  **￥** |  **５** |  **０** |  **０** |  **０** |  **０** | **円** |

　　但し、社会福祉法人等による利用者負担軽減制度事業補助金として

コードもご記入ください。

振込先

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 金融機関名 |  ○ ○ 銀行・信用金庫・農協・信用組合 | コード |  |  |  |  |
| 支店名 |  △ △ 　　　本店・支店・出張所 | コード |  |  |  |
| 口座種別 | １．普通　２．当座 | 口座番号 |  ９ |  ９ |  ９ |  ９ |  ９ |  ９ |  ９ |
| フリガナ |  ﾏﾙﾏﾙﾎｳｼﾞﾝｻﾝｶｸｻﾝｶｸｶｲﾘｼﾞﾁﾖｳ ﾀｶﾞｼﾞﾖｳ ﾀﾛｳ |
| 口座名義 |  ○○法人△△会理事長 多賀城 太郎 |

正確にご記入ください。

押印を省略する場合は必要となります。

押印いただく場合は不要です。

・発行責任者職氏名、電話番号

・担当者職氏名、電話番号