**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