様式第6号（第8条関係）

　　　年　　月　　日

　宇美町長

（助成対象訪問看護ステーション）

　　　　住　　所

　　　　名　　称

　　　　 代表者名 　　 印

　　年　月分宇美町医療的ケア児等在宅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宇美町医療的ケア児等在宅レスパイト事業助成金について、宇美町医療的ケア児等在宅レスパイト事業助成金交付要綱第8条の規定により，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 | 本・支店名 | 講座種別 | 口座番号 |
|  |  | 普通・当座 |  |
| カタカナ |  | | |
| 口座名義人 |  | | |