

様式第3号（第6条関係）

年 月 日

山陽小野田市長 様

（申請者） 住 所
氏 名
電話番号 （ ）

介護保険利用者負担軽減助成金交付請求書

年 月 日付けで交付のありました介護保険利用者負担軽減助成金（ 年 月分）について、山陽小野田市介護保険利用者負担軽減助成金交付規則第6条の規定により、下記のとおり請求します。

記

請求金額 円

次の口座に振り込んでください。

支払方法 (口座振替)	銀行 信用金庫 信用組合	本店 支店 出張所
	口座番号【普通・当座】	
	フリガナ 口座名義人	

※ 口座は、申請者名義の口座にしてください。