

中野区重症心身障害児(者)等在宅レスパイト事業の利用に係る
 医師指示書作成費助成金交付請求書兼口座振替依頼書

年 月 日

中野区長 あて

請求者住所 中野区

請求者氏名 ㊞

金額 円

上記の金額を請求します。

また、助成金は下記口座に振り込み願います。

記

助成対象事業	中野区重症心身障害児(者)在宅レスパイト事業の利用に係る 医師指示書作成費助成		
内 訳	医師指示書作成費①		円
	消費税②		円
	合計③(①+②)		円
	助成上限額④		円
	助成額⑤		円
補助金振込先 金融機関名	金融機関コード		支店コード
		銀行	本店
		金庫	支店
		組合	出張所
預金種別	普通・当座	口座番号	
フリガナ			
口座名義			