様式第４号（第６条関係）

佐久市障害者（児）通所費助成金請求書

年　　月　　日

　（請求先）佐久市長

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　住所

請求者　　氏名

電話番号

年　　月　　日付けで交付決定及び確定通知のあった佐久市障害者（児）通所費助成金を次のとおり請求します。

１　請求額　　　　　　　　　　　円

２　対象月　　　年　　月分 ～　　年　　月分

３　請求内訳

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 月別 | 通所費 | 請求金額 |
| 月分 | 円 | 円 |
| 月分 | 円 | 円 |
| 月分 | 円 | 円 |
| 請求金額　合計 | | 円 |

４　振込先

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 金融機関名 |  | | | | | | |
| 支　店　名 |  | | | | | | |
| 口座種別 | 普通　　・　　当座 | | | | | | |
| 口座番号 |  |  |  |  |  |  |  |
| フリガナ |  | | | | | | |
| 口座名義人 |  | | | | | | |

※振込先は、通所者本人又は請求者本人としてください。