様式第５号(第14条関係)

大崎市高齢者家族等介護用品助成金請求書

年　　月　　日

　大崎市長　　　　様

　法人所在地

（個人の場合は代表者住所）

法人名及び代表者氏名　　　　　　　　　　　　㊞

（個人の場合は代表者氏名）

　　次のとおり請求いたします。

請求金額　　　　　　　　　　　　　　　円

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 購入月 | 年　　　　　　　月 | |
| 内訳 | １，５００　円　　×　　　　枚＝　　　　　　　　円 | |
| 支払先 | 金融機関名 |  |
| 預金種目 | 普通・当座　（○で囲んでください。） |
| 口座番号 |  |
| 口座名義人 |  |