

年 月 日

伊丹市介護事業所食材調達支援金  
交付請求書

伊丹市長 様

所在地

団体名

代表者名

（※）本人（代表者）が自署しない場合は、記名押印して下さい。  
法人の場合は、記名押印して下さい。

年 月 日付 第 号で交付決定通知のあった伊丹市  
介護事業所食材調達支援金について、下記のとおり交付願いたく、伊  
丹市介護事業所食材調達支援金交付要綱第8条の規定により関係書類  
を添えて請求します。

記

1 交付請求額

円

2 振込先

金融機関名		支店名						
種別	普通・当座・貯蓄・その他	口座番号 (左詰め)						
フリガナ								
口座名義人								

※法人の場合は法人名義，個人事業主の場合は代表者名義の口座を指定してください。

※振込口座を「ゆうちょ銀行」に指定される場合，8桁目の「1」は口座番号欄に記載しないでください。