

日付は空欄でお願いします

様式第5号（第8条関係）

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

必ず押印ください。

日付、文書番号は空欄でお願いします。

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

金額は空欄でお願いします。
（市で算定して記載します。）

1 交付請求額

該当の種別を○で囲んでください。

円

金融機関名		
種別	普通・当座・貯蓄・その他	口 ()
フリガナ		
口座名義人		

口座名義は正しく記載してください。（フリガナも必ず記載下さい。）
記載に誤りがあった場合、入金が遅れることがあります。

※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。