様式第６号（第８条関係）

年　　月　　日

松浦市長　　　　　様

（指定訪問看護ステーション）

住　　　所

名　　　称

役職・代表者名　　　　　　　　　　　　㊞

年　月分松浦市医療的ケア児訪問型レスパイト事業補助金交付請求書

年　　月　　日付け松浦市指令　　第　　号で交付の決定及び交付額の確定の通知のあった　　　年　　月分松浦市医療的ケア児訪問型レスパイト事業補助金を交付くださるよう松浦市医療的ケア児訪問型レスパイト事業補助金交付要綱第８条の規定により、下記のとおり請求します。

記

請求金額　　　金　　　　　　　　　円

振込口座情報

|  |  |
| --- | --- |
| 金融機関名 |  |
| 支店名 |  |
| 口座種別 |  |
| 口座番号 |  |
| 口座名義人 | カナ |  |
| 漢字 |  |

備考　押印すべき者（法人にあっては、代表者に限る。）が氏名を自署する場合には、押印を省略することができる。