

様式2号

介護保険(居宅介護サービス費等)利用者負担額助成金

代理申請手数料請求書

令和 年 月 日

(あて先) 西尾市長

居宅介護支援事業者

所在地

名称

代表者

西尾市介護保険居宅介護サービス費等利用者負担額助成事業実施要綱第7条第3項に基づき次のとおり請求します。

請求額			@ 500 円 × 件数			
	件		件		円	
受給対象者の氏名	件	受給対象者の氏名	件	受給対象者の氏名	件	

( 年 月 利用分 )

口座振込先	フリガナ 口座名義人	
	金融機関名	銀行・信用金庫・信用組合・農業協同組合
	支店名	本店 ・ 支店
	口座番号	普通・当座 (No. )