

様式第3号（第6条関係）

年 月 日

糸田町長 様

糸田町病児病後児保育室医師連絡票作成料補助金請求書

請求者

住 所

氏 名

印

年 月 日付で交付決定通知のあった、糸田町病児病後児保育室医師連絡票作成料の補助金について、糸田町病児病後児保育室医師連絡票作成料補助金交付要綱第6条の規定により、下記のとおり医師連絡票作成料補助金の交付を請求します。

記

請求金額 \_\_\_\_\_ 円

なお、上記の金額については、次の口座に振込みを依頼します。

(振込先金融機関)

銀 行 農 協 信用金庫 信用組合								本 店 支 店 支 所		預 金 種 目	・ 普通預金 ・ 当座預金
口 座 番 号							口 座 名 義 人	フリガナ			
								氏 名			