中野区重症心身障害児(者)等在宅レスパイト・就労等支援事業の利用に係る

医師指示書作成費助成金交付請求書兼口座振替依頼書

令和　　年　 月 　日

中野区長 あて

請求者住所 中野区

請求者氏名

金額 円

上記の金額を請求します。

また、助成金は下記口座に振り込み願います。

記

|  |  |
| --- | --- |
| 助成対象事業 | 中野区重症心身障害児(者)在宅レスパイト・就労等支援事業の利用に係る医師指示書作成費助成 |
| 内 訳 | 医師指示書作成費① | 円 |
| 消費税② | 円 |
| 合計③(①＋②) | 円 |
| 助成上限額④ | 円 |
| 助成額⑤ | 円 |
| 補助金振込先 金融機関名 | 金融機関コード | 支店コード |
| 銀行 本店金庫 支店組合 出張所 |
| 預金種別 | 普通 ・ 当座 | 口座番号 |  |
| フリガナ |  |
| 口座名義 |  |