

常陸太田市介護サービス利用者負担額助成金支給請求書

請 求 額										
フリガナ		保険者番号			0	8	2	1	2	3
被保険者氏名		被保険者番号								
生 年 月 日	年 月 日	性 別	男 ・ 女							
住 所	〒 ()									
利用者負担額	円									
常陸太田市長 宮田 達夫 殿 上記のとおり常陸太田市介護サービス利用者負担額助成金の支給を請求します。 年 月 日 住 所 請 求 者 氏 名 電話 印										

常陸太田市介護サービス利用者負担額助成金を下記の方法で支給して下さい。

窓 口 払	本庁 ・ 金砂郷支所 ・ 水府支所 ・ 里美支所									
	(受取り場所に○をつけてください)									
口 座 払	銀 行 信用金庫 信用組合 農業協同組合	本 店 支店 出張所 本 所 支 所	種 目	口 座 番 号						
	金融機関コード	店舗コード	普通預金 当座預金 そ の 他							
	フリガナ 口座名義人									

