

五條市産後ケア事業負担金請求書

年 月 日

五條市長 様

金 _____ 円

請求者 住所 五條市 _____

氏名 _____

電話番号 _____

五條市産後ケア事業実施要綱第12条の規定により、関係書類を添えて下記決定額のとおり請求します。

利用区分	利用日時	費用 (保険適用分を除く)	クーポン 利用	市記入欄		
				自己負担額	公費負担額	
			有・無			
			有・無			
			有・無			
			有・無			
			有・無			
			有・無			
			有・無			
添付書類	<input type="checkbox"/> 事業に係る領収書及び明細書の原本 <input type="checkbox"/> 事業者が作成する五條市産後ケア実施結果報告書			決定額		
振込先	銀行 金庫 組合		本店 支店		普通・当座	
	口座番号					
	フリガナ					
	口座名義					

注) 振込先の口座名義人が請求者と異なる場合は、委任状に御記入ください。

委任状

五條市産後ケア事業負担金の受取を下記に委任します。

委任先(口座名義人) : _____

請求者氏名