印西市障害者グループホーム等入居者家賃助成請求書

年　　月　　日

　　　（あて先）印西市長

居 住 地

請求者　氏　　名

電話番号　　　―　　　―

請求額　金　　　　　　　　　　　　　　円

　内　訳

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 対　象　月 | 家　　賃 | | | | 助 成 対 象 額 | | | |
| 月 | 円 | | | | 円 | | | |
| 月 | 円 | | | | 円 | | | |
| 月 | 円 | | | | 円 | | | |
| 合　　　計 | 円 | | | | 円 | | | |
|  | | | | | | | | |
| 金融機関名 | 銀　　行  農　　協  信用金庫 | | | | 本店  支店  本所  支所 | | | |
| 預金種目 | 当　　　座　　・　　普　　　通 | | | | | | | |
| 口座番号 |  |  |  |  | |  |  |  |
| 名義人氏名 | フリガナ | | | | | | | |
|  | | | | | | | |

　（注１）障害者グループホーム等家賃の額が明らかとなる領収書を添付してください。

　（注２）銀行等の口座は請求者（申請者）本人の口座に限ります。