

年 月 日

宇都宮市介護保険暫定サービス利用者負担軽減補助金 交付請求書

（あて先） 宇 都 宮 市 長

相続人等（代表者）・事業者
住所又は所在地
氏名又は代表者名
電話番号

宇都宮市介護保険暫定サービス利用者負担軽減補助金交付要綱第10条の規定により、
次のとおり請求します。

指令年月日	年 月 日	指 令 番 号	指 令 第 号
補 助 年 度	年度	補助金等の名称	宇都宮市介護保険暫定サービス利用者負担軽減補助金
交 付 決 定 額	円		
交 付 請 求 額	円		
交 付 金 振 込 先	口座名義		
	金融機関	銀行 信用金庫 信用組合 農協	支店名
	口座種別 普通 ・ 当座	口座番号	
添 付 書 類	宇都宮市介護保険暫定サービス利用者負担軽減補助金 交付決定通知書（写し）		