

様式第1号（第5条関係）

朝霞市在宅重症心身障害児（者）の家族に対する
レスパイトケア事業補助金交付申請書兼請求書

年 月 日

朝霞市長 宛

申請者 所在地
事業所名
事業者名
代表者氏名

朝霞市在宅重症心身障害児（者）の家族に対するレスパイトケア事業補助金の交付を受けたいので、朝霞市在宅重症心身障害児（者）の家族に対するレスパイトケア事業補助金交付要綱第5条の規定により次のとおり申請し、補助金を請求します。

記

1 交付申請額 円

2 振込先

金融機関名				本支店名等				分類	口座番号 (右詰めで記入)				口座名義 (カタカナ)				
金融機関番号				銀行協庫金組 信				本店支店				普通・当座					

※通帳の金融機関名、支店名、口座番号、口座名義が記載された部分の写しを添付すること。