様式第１号（第５条関係）

　　年　　月　　日

長浜市長　あて

　　　　　　　　　　　　　　　　　住所

 法人名

　　　　　　　　　　　　　　　　　代表者名　　　　　　　　　（※）

電話番号　　　　－　　　－

　　　　　　　　　　　　　　　　　（※）本人（代表者）が署名しない場合は、記名押印してください。

長浜市介護保険サービス事業所燃料価格等負担軽減対策給付金

申請書兼請求書

　長浜市介護保険サービス事業所燃料価格等負担軽減対策給付金交付要綱第５条の規定に基づき、下記のとおり関係書類を添えて長浜市介護保険サービス事業所燃料価格等負担軽減対策給付金申請書兼請求書を提出します。

記

１　給付金申請額（請求額）　金　　　　　　　　　　　　 円

２　振込先

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 金融機関名 |  | 金融機関コード |  |  |  |  |
| 支店名 |  | 支店番号 |  |  |  |  |
| 預金種類 | □普通　　　　　　□当座 |
| 口座番号 |  |  |  |  |  |  |  |
| フリガナ |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 口座名義 |  |