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　　　　－　　　－

　　　　　　　　　　　　　　　　　担当者氏名

（※）本人（代表者）が署名しない場合は、

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　記名押印してください。

長浜市障害福祉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

　長浜市障害福祉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障害福祉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（右詰め） |  |  |  |  |  |  |  |
| フリガナ |  |
| 口座名義 |  |

＊上記の内容が分かる通帳の写しを必ず添付してください。

＊本申請書に記載されていない名義人にはお支払いできませんのでご注意ください。