

年 月 日

みよし市長 殿

申請者

住 所

氏 名

電話番号

みよし市ねたきり高齢者等床ずれ防止用具等利用助成金請求書

下記のとおり請求します。

記

ふ り が な			
助 成 対 象 者			
住 所		<input type="checkbox"/> 申請者と同じ	
生 年 月 日	年 月 日	申 請 者 と の 続 柄	
助 成 請 求 額		金 円	
利 用 し た 用 品	内 容	<input type="checkbox"/> ベッド用マットレス <input type="checkbox"/> 車いす用クッション <input type="checkbox"/> その他()	
	費用の請求があつた期間	年 月 日から 年 月 日まで	
振 込 先	金 融 機 関 名	銀行・農協 本店 信用金庫 支店	
	口 座 番 号	普通 当座	
	ふ り が な		
	口 座 名 義 人		

【添付書類】

- 1 費用を支払った日が確認できる領収書等の写し
- 2 利用した床ずれ防止用具等が確認できる書類