

葛飾区重症心身障害児(者)等在宅レスパイト事業 主治医意見書作成費用助成請求書

年 月 日

葛飾区長 あて

(申請者)
住 所
氏 名

葛飾区重症心身障害児(者)等在宅レスパイト事業実施要綱第17条の規定により、主治医意見書の作成費用に係る助成金を下記のとおり請求します。

記

1 請求金額(公費負担額) _____ 円

2 振込口座

金融機関名	
支店名	
口座種別	01 普通 02当座
口座番号	
(フリガナ) 口座名義人	