

様式第4号（第6条関係）

佐久市障害者（児）通所費助成金請求書

年 月 日

（請求先）佐久市長

請求者 住所
氏名
電話番号
電話番号

年 月 日付けで交付決定及び確定通知のあった佐久市障害者（児）通所費助成金を次のとおり請求します。

1 請求額 佐久市 円

2 対象月 年 月分 ～ 年 月分

3 請求内訳

月別	通所費	請求金額
月分	円	円
月分	円	円
月分	円	円
請求金額 合計		円

4 振込先

金融機関名	☐ バス（～）（片道運賃） ☐ デマンド交通（～）（片道運賃）						
支店名	☐ その他（～） ☐ 自家用車（～）（片道 km）						
口座種別	☐ 自動二輪車及普通・当座						
口座番号							
フリガナ							
口座名義人							

※振込先は、通所者本人又は請求者本人としてください。