

様式第2号（第7条関係）

西宮市訪問型病児・病後児保育利用料金助成金交付請求書  
兼口座振替依頼書

年 月 日

（提出先）  
西宮市長

住 所	
氏 名 （保護者名）	印
電話番号	（                      ）

請求金額									
------	--	--	--	--	--	--	--	--	--

西宮市訪問型病児・病後児保育利用料金助成金として上記金額を請求します。  
なお、助成金については、下記の口座に振り込んでください。

振込先金融機関	銀 行 信用金庫 信用組合 農 協			本 店 支 店 出 張 所						
	預金種目	普通 当座	口座番号 (右ツメ)							
振込先口座 及び名義人	フリガナ									
	氏 名									

ゆうちょ銀行（郵便局）	記 号	—	番 号	口座名義人 (カタカナ)
貯金通帳の見開き左上、または キャッシュカードに記載された 記号・番号をご記入ください。	1	—	1	