

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	
名 前 （保護者名）	㊟
電話番号	（                      ）

請求金額	円
------	---

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					
	振込先口座 及び名義人	預金種目	普通 当座	口座番号 (右ツメ)					
	フリガナ								
	口座名義人								

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	