

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

日付は記入しないでください。

住 所	西宮市六湛寺町〇-〇	申請者と同じ名前を 記入してください。
名 前 (保護者名)	西宮 太郎	
電話番号	〇〇〇 (△△△)	申請書と同じ印鑑を押 してください。

請求金額	請求金額は記入しないでください。
------	------------------

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	〇〇〇	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)	1 2 3 4 5 6 7	
	フリガナ	ニシノミヤ タロウ			
	口座名義人	西宮 太郎			

振込先口座は申請者名義の口座に限
ります。申請者と同じ名前を記入し
てください。

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	