

様式第8 (第14条関係)

請 求 書

年 月 日

(あて先) 江 南 市 長

住所 (所在地)

氏名 (名称・代表者氏名)

印

| | | | |
|--------------------|------------|--------|-------|
| 金 額 | 円也 | | |
| (内容) | | | |
| 年 月分の訪問介護利用者負担額助成金 | | | |
| 内 訳 | 介護保険被保険者氏名 | 被保険者番号 | 支給決定額 |
| | | | 円 |
| | | | 円 |
| | | | 円 |
| | | | 円 |
| | | | 円 |
| | | | 円 |
| | | | 円 |
| | | | 円 |
| | | | 円 |

※当該月に複数の支給決定額があった場合は、「内訳」欄に記入し、合算して請求してください。(「内訳」欄は、1人の場合も記入してください。)

上記の金額は、下記の口座に振り込んでください。

| | | | | | | | | | | | | | | |
|-------------|----------------------|--|--|--|-----------------|--|--|---------------------------|---------|--|--|--|--|--|
| 振 込 先 | 銀行 信用金庫 JA(農協) | | | | 本店 支店 出張所 | | | 種 目 | 口 座 番 号 | | | | | |
| | | | | | | | | 1 普通預金 2 当座預金 3 その他 | | | | | | |
| | 金融機関コード | | | | 店舗コード | | | (フリガナ) | | | | | | |
| | | | | | | | | 口座 名義人 | | | | | | |