

請 求 書
(社会福祉法人等による利用者負担軽減制度事業補助金請求書)

(あて先) 仙 台 市 長

次のとおり請求いたします。

年 月 日

所在地

請求者 名 称

代表者

金 額									
-----	--	--	--	--	--	--	--	--	--

但し、社会福祉法人等による利用者負担軽減制度事業補助金として
(仙台市(健保介)指令第 号)

振込先

1 登録債権者ですので指定した方法で支払ってください。									
登録債権者番号									

2 登録していませんので下記のとおり振込みください。									
金融機関名	銀行・信用金庫・農協・信用組合					コード			
支 店 名	本店・支店・出張所					コ ー ド			
口座種別	1. 普通 2. 当座		口座番号						
フリガナ									
口座名義									