

見 本

(様式3)

仙台市ウクライナ避難民に対する医療費助成金 給付決定通知書

仙台市文交指令第●号

住所 仙台市青葉区国分町3丁目7番1号
申請者 SENDAI TARO様

令和●年●月●日付で申請のありました仙台市ウクライナ避難民に対する医療費助成金につきましては、仙台市補助金等交付規則第6条及び仙台市ウクライナ避難民に対する医療費助成金給付事務実施要綱第8条の規定により、下記のとおり決定を行いましたので、通知します。

なお、給付決定の場合につきましては、必要書類を添えて給付決定額をご請求ください。

令和●年●月●日

仙台市長 郡 和子

公印

記

1 給付金の名称

仙台市ウクライナ避難民に対する医療費助成金

2 決定結果

- 給付する (申請額全額・申請額の一部) ※一部給付の場合、事由は裏面のとおり
 給付しない (事由: _____)

3 給付決定額

金●●●, ●●●円

4 給付方法

- 金融機関口座へ振込
 窓口での現金支払 (詳細は以下のとおり)

【支払予定日時】

令和__年__月__日() 午前・午後__時__分

【支払場所】

仙台市交流企画課 (仙台市青葉区国分町3丁目7番1号 仙台市役所本庁舎4階)

【持参物】

- この給付決定通知書
- 受取人の写真付公的身分証明書 (在留カード、運転免許証、個人番号カードなど)
- 受取人の印鑑 (お持ちでない場合は不要です)

5 請求方法

以下の書類をご提出ください。

【必ず提出】

- (様式4) 給付請求書

【口座振込の場合提出】

- 振込口座を確認できる書類 (通帳やキャッシュカード) のコピー
- (様式5) 委任状及び代理人の写真付公的身分証明書のコピー (口座名義が代理人の場合のみ)

【提出先】

〒980-8671 仙台市青葉区国分町3丁目7番1号仙台市役所本庁舎4階 交流企画課

(問 合 せ 先)

仙台市文化観光局交流企画課

電 話 : 022-214-1252 メール : kik002040@city.sendai.jp

給付決定額が申請額の一部である場合の事由
(一部給付の場合のみ記載)

申請書3 の番号	支払額（申請額）	給付決定額	事由
1	●, ●●●●円	●, ●●●●円	
2	●, ●●●●円	●, ●●●●円	
3	●, ●●●●円	▲, ▲▲▲▲円	支払額（申請額）●●●●円のうち、■●●●円については◆◆◆◆医療費助成が利用可能であるため、残額の▲▲▲▲円を給付する。
4	円	円	
5	円	円	
計	●●, ●●●●円	●●, ●●●●円	