

仙台市ウクライナ避難民に対する医療費助成金 給付請求書

請求日 _____年 _____月 _____日

(あて先) 仙台市長 郡 和子 様

請求者住所 (居所) _____

請求者氏名 _____

_____年 _____月 _____日付仙台市文交指令第 _____号で給付の決定を受けました仙台市ウクライナ避難民に対する医療費助成金として、以下の金額を請求します。

請 求 額	
_____	円

※請求額は、アラビア数字で記入してください。

※請求額は仙台市から届いた(様式3)給付決定通知書の給付決定額と同額を記入してください。

なお、上記金額は下記方法にてお支払いください。(いずれかのにチェックしてください)

下記口座にお振込みください(下の枠内に記入し、必要書類を添付してください)

振込先口座情報	金融機関名		支店名	
	預金種目	<input type="checkbox"/> 普通預金 <input type="checkbox"/> 当座預金	口座番号	
	フリガナ			
	口座名義人			

※金融機関とは、日本国内の銀行、金庫、信用組合等を指します。

※金融機関の口座情報が確認できる通帳やキャッシュカードのコピー(以下の情報がわかる面)を必ず添付してください。

・金融機関名、支店名(支店コード)、預金種目、口座名義、口座番号

※代理人名義の口座の場合は(様式5)委任状と代理人の写真付公的身分証明書のコピーが必要です。

現金での受領を希望します

→仙台市から届いた(様式3)給付決定通知書に記載された日時・場所に、必要な持参物を準備の上お越しください。