

様式第1号（第5条関係）

年 月 日

伊根町長 様

申請者 住所

氏名

印

伊根町日中活動系障害福祉サービス利用給食費助成金交付申請書

伊根町日中活動系障害福祉サービス利用給食費助成金交付要綱に基づき、下記のとおり支給を申請します。

記

フリガナ					
利用者氏名				生年月日	年 月 日
利用者住所	〒				
	電話番号				
利用契約 事業所				契約 年月日	年 月 日
申請額	円			対象日数	日
対象期間	年 月 から 年 月 まで				
振込先	金融機関名	支店名	種別	口座番号	
			普通 当座		
	フリガナ				
	口座名義人				

(注) サービス利用証明書を添付してください。