

第6号様式(第6条関係)

請 求 書  
(受 給 者 用)

年 月 日

清須市長 様

請 求 者  
住 所  
氏 名 (印)  
(受給者との続柄 )

受給者氏名

※自署 (法人の場合は代表者が自署) した場合、押印は不要です。

請求金額 \_\_\_\_\_ 円

入院等により指定された薬局、薬店での介護用品の購入ができなかったため、 月分介護用品代として上記の金額を請求します。

振込先

金 融 機 関 名		銀 行 信用金庫 農 協	店
預 金 種 別	普通・当座	口座番号	
フリガナ			
口座名義			

※ 該当月の介護用品支給利用券及び領収書を添付してください。