様式第12号（第19条関係）

滑川町紙おむつ給付事業請求書

年　月　日

（宛先）

　　滑川町長

所在地

事業所名称

代表者氏名

　滑川町紙おむつ給付事業実施要綱第19条の規定により、次のとおり請求します。

利用月　　　年　　月分

請求額　　　　　　　円

※請求内訳は別紙のとおりです。

請求金額は下記口座に振り込み願います。

|  |
| --- |
| 振込先 |
| 口座情報 | 金融機関名 |  | 支店名 |  |
| 口座種別 |  | 口座番号 |  |
| 口座名義 | （フリガナ） |
|  |