様式第３号（第５条関係）

新宮市家族介護慰労金請求書

(あて先)　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　 月　 　日

新宮市長

申　請　者

住　所

氏　名　　　　　　　　　　㊞　（続柄）

電　話

　新宮市家族介護慰労金支給事業実施要綱第６条の規定に基づき、新宮市家族介護慰労金

金１００，０００円を請求します。

新宮市会計管理者　あて

　私が貴市から支給される家族介護慰労金は、下記の口座に振り込みして下さい。

記

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 金融機関名 | 支店名 | 種別 | 口座番号 | | | | | | |
|  |  | １　普通  ２　当座 |  | | | | | | |
|  |  |  |  |  |  |  |
| ふりがな |  | | | | | | | | |
| 口座名義人 |  | | | | | | | | |

以上

　【注意事項】

　１．口座名義人は、対象者を介護する家族又は同居親族にして下さい。

　２．ふりがな　は、必ず記入して下さい。

（問い合わせ先）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　新宮市健康長寿課　０７３５－２３－３３３３