

新宮市家族介護慰労金請求書

(あて先) 新宮市長

年 月 日

申 請 者
住 所
氏 名
電 話

㊞ (続柄)

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