

様式第3号（第8条関係）

年 月 日

（宛先）南アルプス市長

（助成決定者） 住 所  
氏 名 印  
電話番号

南アルプス市在宅血液透析治療助成金交付請求書

年 月 日付け南アルプス市指令 第 号で交付決定を受けた助成金について、南アルプス市在宅血液透析治療助成金交付要綱第8条の規定により、次のとおり請求します。

|       |                                      |  |      |
|-------|--------------------------------------|--|------|
| 交付請求額 | 円<br>(算式) 在宅血液透析治療が10回を超えた月数 月 × 1万円 |  |      |
| 振込先   | 金融機関名                                |  | 支店等名 |
|       | 口座種別                                 |  |      |
|       | 口座番号                                 |  |      |
|       | フリガナ                                 |  |      |
|       | 口座名義                                 |  |      |
| 添付書類  | 南アルプス市在宅血液透析実施証明書（様式第4号）             |  |      |
| 備考    |                                      |  |      |