

更生訓練費支給申請書兼請求書 (施設用)

(年 月 分)

支給対象者氏名	通所のための経費				備考
	公共機関名・経路	往復単価 円	通所日数 日	金額 円	
	~ ~				
合計					

支給対象者からの委任に基づき、上記のとおり申請 (請求) します。
 なお、上記については、事実と相違ないことを証明します。
 また、施設等から通所のための経費を支給していないことを証明します。

年 月 日
 (施設)
 所在地
 名称
 施設長

(宛先) 春日市福祉事務所長

印

(振込先金融機関) ※必ず御記入ください。 <input type="checkbox"/> 前回と同じ (金融機関名・口座名義人のみ記入してください。) <input type="checkbox"/> 振込先新規 <input type="checkbox"/> 振込先変更	<input type="checkbox"/> 銀行 <input type="checkbox"/> 農協	支店
	口座番号 (右づめで記入)	
	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座	フリガナ 口座名義人

市役所CHK <input type="checkbox"/> 資格 <input type="checkbox"/> 検算 <input type="checkbox"/> 金融機関 <input type="checkbox"/> 名義人

受付印
