年　　月　　日

　　（宛先）五島市長

紙おむつ給付請求書

住　　　所

取扱業者名

代表者名　　　　　　　　　印

※本人（代表者）が手書きしない場合は、記名押印してください。

　　　　　　年　　月分の紙おむつ給付について、次のとおり請求します。

|  |  |
| --- | --- |
| 請求金額 | 円 |
| 内訳 | ①　給付券1,000円　　　　　　　　　枚　　　　　　　　円 |
| ②　給付券1,000円未満　　　　　　様分　　　　　　　　円 |
| ③　給付券1,000円未満　　　　　　様分　　　　　　　　円 |
| ④　給付券1,000円未満　　　　　　様分　　　　　　　　円 |
| ⑤　給付券1,000円未満　　　　　　様分　　　　　　　　円 |
| ⑥　給付券1,000円未満　　　　　　様分　　　　　　　　円 |
| ⑦　給付券1,000円未満　　　　　　様分　　　　　　　　円 |
| ⑧　給付券1,000円未満　　　　　　様分　　　　　　　　円 |
| ⑨　給付券1,000円未満　　　　　　様分　　　　　　　　円 |
| ⑩　給付券1,000円未満　　　　　　様分　　　　　　　　円 |
| 給付券合計 　　　　　　　　　　　　枚　　　　　　　　円 |

　（振込先）

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 金融機関名 |  | | |
| 口座種類 |  | 口座番号 |  |
| フリガナ |  | | |
| 口座名義人 |  | | |