

# 請求書

請求日は空欄

年 月 日

尾道市長 様

法人の所在地  
名称、代表者氏名  
電話番号を記載して  
ください

(申請者) 〒722-8501  
所在地 尾道市久保1-15-1

名称 社会福祉法人 尾道  
代表者氏名 理事長 尾道 太郎 (印)  
電話番号 0848-38-9119

押印を省略する場合は、責任者  
氏名、電話番号、担当者氏名、  
電話番号を記載してください

(※押印を省略する場合は、次の事項を記入してください。)  
責任者氏名 電話番号  
担当者氏名 電話番号

記載しないでください

尾道市食料品等価格高騰重点支援介護施設等支援給付金交付請求書

年 月 日付け尾 第 号で交付決定を受けた尾道市食料品等価格高騰重点支援介護施設等支援給付金について、令和8年度尾道市食料品等価格高騰重点支援介護施設等支援給付金事業実施要綱第6条第1項の規定により、次のとおり請求します。

- 1 給付金請求金額 金 752,000 円
- 2 内訳
- 3 振込依頼先

申請書に記載した  
「1交付申請額」を記載してください

振込を希望する金融機関を記載してください

振込先指定口座	金融機関 (ゆうちょ) 銀行以外	銀行・信用金庫 農協・信用組合			支店・支所 出張所			
		預金種別	1 普通 3 その他( )	2 当座	口座番号			
	ゆうちょ	記号			番号			
	銀行	口座名義 カタカナ						