

請 求 書

年 月 日

大阪市長 様

住 所
氏 名

次のとおり請求します。

| 金 額 | 内 容 | 円也 |
|-----|-----------------------------------|----|
| | 大阪市医療的ケア児の家族に対するレスパイト支援事業 サービス給付費 | |
| | (年 月 ・ 様分) | |
| | | |
| | | |
| | | |

※ 金額の前には必ず¥を付けてください。

債権者登録済の金融機関の口座に振り込んでください。

| | | | |
|-------|--|------|--|
| 債権者番号 | | 指定口座 | |
|-------|--|------|--|

※ 指定口座は、A、B、C、D、Mよりご指定ください。

次に指定する金融機関の口座に振り込んでください。

| 金融機関名称 | 支 店 名 称 | |
|--------------|---------|--|
| 預 金 種 別 | 口 座 番 号 | |
| フリガナ 口座名義 | | |
| | | |
| | | |

本市記入欄

| 記載事項等照合先 (契約番号等) | 執行主管コード | 支出命令番号 |
|------------------|------------------------------|------------------------------|
| | | |
| | | |
| | | |
| 業務区分 | <input type="checkbox"/> 歳 出 | <input type="checkbox"/> 歳 入 |
| | <input type="checkbox"/> 歳計外 | <input type="checkbox"/> 基 金 |