

助成金交付申請書兼請求書

神戸市長宛

申請日	年 月 日
-----	-------

【申請者（検査を受けた方）】

(フリガナ) 氏名		生年月日
		年 月 日
住所	〒 — 電話 (— —)	

下記助成金の交付について申請します。また、交付決定があった後は、交付決定された助成金を下記の口座に振り込んでいただきますよう請求します。

記

事業の名称	神戸市認知症診断助成制度助成金	
助成の額		円
提出書類	領収書及び診療明細書 ※1 原本を提出してください。確認後、返却します。 ※2 複数回受診した場合や複数の医療機関を受診した場合はすべて提出してください。 ※3 薬剤料など認知症の診断のための検査以外の費用は対象外とします。	

【振込口座】（注）口座名義は、申請者（検査を受けた方）と同一の名義であること。
 口座名義が異なる口座への振込となる場合は、助成金受領委任状を提出すること。

どちらかをご記入ください

≪金融機関（ゆうちょ銀行以外）≫

金融機関コード	金融機関名	預金種目
銀行		1. 普通 2. 当座 3. その他 ()
支店コード	支店名	口座番号（右づめ7ケタ）
支店		
口座名義人（カタカナ）		

≪金融機関（ゆうちょ銀行）≫

記号（5ケタ）	番号（右づめ8ケタ）
—	1
口座名義人（カタカナ）	

【郵送連絡先】 ※振込完了後、決定通知書と一緒に領収書の原本を返却します。
 また、記載内容に不備がある場合などに、ご連絡させていただく場合がございます。
 申請者（検査を受けた方）以外に郵送連絡をご希望の場合は、以下にご記入ください。

連絡先氏名	続柄	連絡先住所
		〒 — 電話 (— —)
≪備考≫		