

様式第2号

堺市老人福祉施設入所者給付金請求書

年 月 日

堺市長 殿

所在地

施設名

代表者名 (※)

堺市老人福祉施設入所者給付金 ( 年 月～ 年 月分)

を下記のとおり請求します。

記

金 円

注意 (※)において、代表者が自署しない場合又は法人である場合は、記名押印をしてください。