

様式第4号(第7条関係)

堺市障害者等補装具給付金請求書(直接請求用)

年 月 日

堺 市 長 殿

請求者 住 所
氏 名

補装具を受領し、利用者負担額を補装具業者に支払いましたので、堺市障害者等補装具給付金支給要綱第7条第4項の規定により、給付金を請求します。

請求金額	円				
振込先	銀行		支店		
	普通・当座	口座番号		口座名義 (カタカナ)	

注意 堺市障害者等補装具給付金支給決定通知書の写し及び利用者負担額を補装具業者に支払ったことを証する書類(領収書の写し等)を添付してください。