

年 月 日

町田市長 様

町田市重症心身障がい児（者）等在宅レスパイト事業医師指示書作成料助成金請求書

住 所 〒

請求者氏名 ⑩
(利用者との続柄)

町田市重症心身障がい児（者）等在宅レスパイト事業医師指示書作成料に係る助成について、以下のとおり請求します。

利用者氏名	
利用登録番号	
医師指示書作成料	
請求額（助成金額）※	
添付書類	☐ 領収書
	<町田市で債権者登録をしていない場合は、下記の書類も提出してください>
	☐ 債権者（振込口座）登録依頼書
	※町田市から代金等の支払を受ける場合は債権者登録が必要となります。登録有無や登録内容が不明の場合については、必ず添付してください。

※作成料が助成額を下回る場合は、作成料の額を限度とする。