別記様式第１号（第５条関係）

今治市聴覚障がい者等電話リレーサービス利用料助成金交付申請書兼請求書

年　　月　　日

今治市長（宛）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 住　所

　　 氏　　名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 電話番号　（　　　　）

今治市聴覚障がい者等電話リレーサービス利用料助成金の交付を受けたいので、今治市聴覚障がい者等電話リレーサービス利用料助成事業実施要綱第５条の規定により、次のとおり申請し、助成対象と認められた場合は、本状をもって請求します。また、申請者の今治市税納付状況及び身体障害者手帳等取得状況、電話リレーサービス利用状況等について調査を行うことに同意します。

記

1. 申請額（請求額）　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　円

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 助成対象月 | 助成対象金額 | 助成対象月 | 助成対象金額 |
| 年　　月分 | 円 | 年　　月分 | 円 |
| 年　　月分 | 円 | 年　　月分 | 円 |
| 年　　月分 | 円 | 年　　月分 | 円 |
| 年　　月分 | 円 | 年　　月分 | 円 |
| 年　　月分 | 円 | 年　　月分 | 円 |
| 年　　月分 | 円 | 年　　月分 | 円 |

２　振込先金融機関

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 金融機関名 | 銀行　　　　　　　　　　 本店  　　　　　　　　　 金庫　　　　　　　　　 　支店・支所  　　　　　　　　　 農協 　 出張所 | | |
| フリガナ  口座名義人 |  | 預金種別 | 普通　・　当座 |
|  | 口座番号 |  |

※　口座名義人は、請求者氏名と同一のものに限ります。

※　利用料の確認できるものを添付してください。