

様式第 1 号(第 5 条関係)

救急搬送患者等宿泊費助成金交付申請書兼請求書

年 月 日

大崎上島町長 様

申請（請求）者 住 所
氏 名 ⑩
連絡先

大崎上島町救急搬送患者等宿泊費助成金交付要綱第 5 条の規定により、関係書類を添えて、次のとおり申請し、第 6 条の規定により交付決定された場合は、指定の口座に振り込んでいただくよう請求します。

申請（請求）額	円
助成対象費用	宿泊費 円（領収書等添付） (内訳 円× 人)
救急搬送患者	住所 豊田郡大崎上島町 氏名
付添人	住所 豊田郡大崎上島町 氏名
	住所 豊田郡大崎上島町 氏名

※ 救急搬送患者及び付添人の支払について、まとめて申請（請求）する場合にご記入ください。

委任状 住所	助成金の受領を申請（請求）者に委任します。 氏名 ⑩
委任状 住所	助成金の受領を申請（請求）者に委任します。 氏名 ⑩

