　様式７

福井県内社会福祉法人連携事業推進協議会会長　様

所 在 地

法 人 名

代表者名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　㊞

施設等名

担当者名

（連絡先　TEL　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

**生活困難者総合相談・生活支援事業**

**経済的援助資金　支払請求書**

　　下記により支払を受けたいので、関係書類を添えて請求します。

記

１　請　求　額　　　　　　　　　　　　　　　　　　　円

　２　申請額の内訳

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| № | 経済的援助実施日 | 内　　容 | 金　　額 | ケース通番 |
| １ | 月　　日 |  | 円 |  |
| ２ | 月　　日 |  | 円 |  |
| ３ | 月　　日 |  | 円 |  |
| ４ | 月　　日 |  | 円 |  |
| 合　　計 | | | 円 |  |

３　添付書類

　４　振込先金融機関口座

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 金融機関名 |  | 支店名 | 支店 |
| 預金種類 | 普通　・　当座 | 口座番号 | № |
| フリガナ |  | | |
| 口座名義 |  | | |