様式第９号（第９条関係）

年　　月　　日

　竹原市長　様

（申請者）住　　所

氏　　名　　　　　　　　　　　　㊞

電話番号

竹原市障害福祉職員応援給付金支給請求書

　　　　年　　月　　日付け　　　第　　　号で支給決定を受けた竹原市障害福祉職員応援給付金について、竹原市障害福祉職員応援給付金支給要綱第９条第１項の規定により、次のとおり請求します。

１　請求金額　　　　　　　　　　　　　　　円

　２　給付金の種類（該当に☑）

* 初年度給付金
* 勤続３年給付金
* 住居移転費用

　３　給付金の振込先

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 金融機関名 | 銀行・金庫組合・農協 | 支 店 名 | 本店・支店本所・支所 |
| 預金の種類 | 普通預金　・　当座預金　・　その他（　　　　　　） |
| 口座番号 |  |
| 口座名義 | （ﾌﾘｶﾞﾅ） |
|  |

※口座名義については必ず申請者氏名と一致すること。

※通帳又はキャッシュカードの写しを添付すること。