令和　　年　　月　　日

**低所得者利用者負担対策費負担金請求書**

**金　　　　　　　　　　　　　　　　円**

ただし、低所得者利用者負担対策費負担金として

　上記のとおり請求いたします。

安来市長　　様

申請者　所在地

　　　　　名　称

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　代表者

　　次に指定する金融機関口座に振り込んでください。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 金融機関名 |  | 支店（所）名 |  |
| 預金種目 | 普通・当座・貯蓄・その他 | 口座番号 |  |
| ふりがな |  | | |
| 口座名義 |  | | |