川崎市認知症キャラバン・メイト連絡協議会

交通費相当の費用弁償支給申請書

（事務局）SOMPOケア株式会社 神奈川静岡本部　宛て

次のとおり申請します。

申請者　　　　　　　　　　　　　　　　　申請日　　令和　　　年　　　月　　　日

|  |  |
| --- | --- |
| 氏　　名 |  |
| 連絡先　住所 | 〒電話番号　　　（　　　　） |
| 所属団体名 |  |

支給対象サポーター講座

|  |  |
| --- | --- |
| 開催日 | 令和　　　年　　月　　日　　　時　　分　～　　　時　　分 |
| 開催場所 |  |
| 主催者 |  |
| 受講者数 | 　　　　人　　　　　　　 | 受講対象者 |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 振　込　先 | 銀　　行信用金庫 | 種　目 | １普通２当座 | 口座番号 |  |  |  |  |  |  |  |
| 金融機関 |  |  |  |  | 支店 |  |  |  | フリガナ |  |  |
| コード | コード | 口座名義人 |  |  |

次のとおり口座振り込みを依頼します

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 支給決定金額 |  | 振込手数料 |  |
| 振込日 |  |  |  |
|  |

事務局処理欄