様式第６（第１２条関係）

補助金交付請求書

年　月　日

稲沢市長　殿

　　　　　　　　　　　　　　　　　所在地

　　　　　　　　　　　　　　　　　名称

代表者職・氏名

　　　年　　月　　日付け　　指令第　　号で交付決定を受けた稲沢市介護予防・日常生活支援総合事業に係る住民主体サービス補助金について、下記のとおり請求します。

記

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 請求金額 | 円 | | | |
| 交付決定額 | 円 | | | |
| 上記のうち受領済額 | 円 | | | |
| 振替口座 | 金融機関名 | 店舗名 | 口座名 | 口座番号 |
|  |  |  |  |
| 請求の根拠 | | | | |

備考　用紙の大きさは、日本産業規格Ａ４とする。