

様式第7号(第9条関係)

年 月 日

平 川 市 長 様

住所又は所在地
申請者名称及び
代表者氏名



平川市介護予防教室等運営継続支援事業費補助金請求書

令和2年度において実施した上記補助金について、関係書類を添えて次のとおり請求します。

記

請求金額	円
------	---

下記の金融機関口座に振り込んで下さい。

支払方法	口座振込		
振込先	銀行 信用金庫 信用組合		
	支店		
	口座番号	(普通・当座)	
	口座名義	(フリガナ)	

預金通帳の写し(表紙及び表紙の次のページの見開き)を添付してください。

※市記入欄

交付決定日	交付決定番号	交付決定額
年 月 日	第 号	円