

年 月 日

越知町長 様

申請者 法人等名
住所
代表者名

補 助 金 請 求 書

令和 年 月 日付け 指令第 号で交付決定を受けた令和 年度越知町
中山間地域介護サービス確保対策事業費補助金について、下記のとおり交付されるよう
請求します。

記

- | | | |
|---|----------|---|
| 1 | 補助金交付決定額 | 円 |
| 2 | 既交付額 | 円 |
| 3 | 今回請求額 | 円 |

振込口座番号

- | | 銀行 | 支店 |
|---|------|-----|
| 1 | 普通預金 | () |
| 2 | 当座預金 | () |