様式第４号(第８条関係)

多度津町離島介護サービス提供促進事業助成金請求書

年　　月　　日

　多度津町長　様

申請者　所在地

事業者名

代表者氏名　　　　　　　　　　印

連絡先　　　　(　　　　)

　　　年　　月　　日付け第　　号で助成決定通知のあった多度津町離島介護サービス提供促進事業助成金について、多度津町離島介護サービス提供促進事業の助成に関する要綱第８条の規定により、下記のとおり請求します。

記

１　助成金請求額　　　　　　　　　　　　円

２　指定口座

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 銀行  農協  信用金庫 | | | | 支店  支所 | | | 種　目 | 口座番号 | | | | | | |
| 金融機関コード | | | | 店舗コード | | | 1　普通預金  2　当座預金  3　(　　　) |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
| フリガナ | | | |  | | | | | | | | | | |
| 口座名義人 | | | |  | | | | | | | | | | |