

様式第 6 (第 17 条関係)

(支払方法 1 口座振替払 (MT) 2 直接払 3 口座振替払 (MT外))  
 (支払予定日 ) (審査決裁区分 会・室・係)

課名		年度	支出命令番号	
			会計	
		歳出	款	

(下線以下を記入してください。)

年 月 日

鹿児島市長 殿

補助事業者等の住所

補助事業者等の氏名 印

(団体の場合は、団体名及び代表者名)

押印を省略する場合は、記入してください。

(担当者：氏名 電話 )

補助金等交付請求書

鹿児島市補助金等交付規則第 17 条第 1 項の規定により、次のとおり請求します。

指令年月日	年 3 月 3 1 日	指令番号	指令介保 第 - 号							
補助事業等の名称	鹿児島市社会福祉法人等介護保険利用者負担額軽減事業									
補助金等の請求金額	拾	億	千	百	拾	万	千	百	拾	円

受領については、次のとおり願います。(希望の番号を○囲みする)

① 口座振替払 (下記口座のとおり) 2 現金払

振込先	金融機関名	銀行 (金庫) 店			
	口座の種類	普通・当座・別段・貯蓄	口座番号		
	フリガナ				
	口座名義				