

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

（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 月 日	指令番号	指令第 号
補助事業等の名称	鹿児島市骨髄等移植ドナー支援事業助成金		
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			