

様式第5号（第9条関係）

年 月 日

大村市長 様

申請者 所在地
法人等名
代表者氏名

印

大村市介護保険施設等訪問理美容サービス支援事業補助金概算払請求書

年 月 日付け大村市指令 第 号で交付決定の通知があった大村市介護保険施設等訪問理美容サービス支援事業補助金の概算払を受けたいので、大村市介護保険施設等訪問理美容サービス支援事業補助金交付要綱第9条第3項の規定により請求します。

記

請求金額 _____ 円

交付決定額 _____ 円

受領方法 口座振替・窓口払い

口座振替先

金融機関	銀行		店
	()		所
預金種別	普通 当座	口座番号	
フリガナ			
口座名義			

領 収 書

上記の金額を領収しました。

大村市長 様
年 月 日

住 所 _____
氏 名 _____ 印