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 |  |
| ﾌﾘｶﾞﾅ |  | | |
| 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 |