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	長寿支援課	令和　　年度	支出命令番号	
			会　　計	１０
		歳　　出	款	０３

（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　月　日				指令番号			指令第　号			
補助事業等の名称	鹿児島市後期高齢者医療はり、きゅう施設利用補助金										
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			