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 | 国民健康保険課 | 令和　　年度 | 支出命令番号 |  |
| 会　　計 | ８ |
|  | 歳　　出 | 款 | ５ |
| （下線以下を記入してください。） |

令和　　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 | 鹿児島市国民健康保険はり、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 |  |