

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

赤字部分のみを記入  
してください。  
空白部分については  
記入しないでください。

補助事業者等の住所 ○○町1番1号  
 補助事業者等の氏名 株式会社 ○○  
 代表取締役 西郷 隆盛 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 村田新八 電話216-XXXX)

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	鹿児島市認知症介護基礎研修受講料補助金		
補助金等の請求金額	拾	億	千 百 拾 万 千 百 拾 円
			1 5 0 0

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	XXXXXXXX
	フリガナ	サイゴウ タカモリ		
	口座名義	西郷 隆盛		