

(支払方法 1 口座振替払(MT)

(支払予定日)

課 名	感染症対策課	令和7年度	支出命令番号	
			会 計	01
		歳 出	款	04

(下線以下を記入してください。)

令和 年 月 日
※請求日は記入しないでください

鹿児島市長 殿

補助事業者等の住所
補助事業者等の氏名
(団体の場合は、
団体名及び代表者名)

鹿児島市山下町11-1
学校法人 予防学園
理事長 桜島 花子
(山下高等学校分)

理 予
事 防
長 学
之 園
印

申請者である設置者の印(法人代表者の登録印)を。

押印を省略するときには必要(フルネーム)

押印を省略する場合は、記入してください
(担当者: 電話番号)

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	令和7年4月1日					指 令 番 号		指令第 1-2 号			
補 助 事 業 等 の 名 称	結核定期健康診断事業										
補 助 金 等 の 請 求 金 額		拾	億	千	百	拾	万	千	百	拾	円
						¥	3	5	0	0	0

指令日時、指令番号は変えない

この欄の金額訂正はできません。

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 口座振替払い(下記口座のとおり)

2 現 金 払

振込先	金融機関名	桜島銀行（金庫）市役所出張店				
	口座の種類	普通・当座・別段・貯蓄		口座番号	111111	
	フリガナ	ガツコウホウジン サクラジマガクエン リジチョウ カゴシマ タロウ				
	口座名義	学校法人 予防学園 理事長 桜島 花子				

受領を委任した場合は、委任状の受任者を記載