

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。

指今年月日	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			