令和　年　月　日

　（請求先）

　佐久穂町長　様

　　　　　　　　　　　　　　　申請者住所

　　　　　　　　　　　　　　　又は所在地

　　　　　　　　　　　　　　　団体名及び

　　　　　　　　　　　　　　　代表者氏名　　　　　　　　　　　　　㊞

　令和　年　月　日付け　佐久穂健達第　号で交付金の額の確定のあった

令和　年度佐久穂町介護予防拠点活動交付金を下記のとおり請求します。

記

請求金額　　　　　　　円

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 交付金確定額（A） | 概算払交付額（B） | 今回請求額（C=A-B） |
| 円 | 円 | 円 |

振込先

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 金融機関名 | １、佐久浅間農協　佐久穂支所  　２、八十二銀行　　佐久穂支店 | | | | | | | いずれかの番号に〇をして下さい。 |
| 口座名義人 | フリガナ | | | | | | | 通帳を確認のうえ正確に記入して下さい。 |
|  | | | | | | |
| 口座番号 |  |  |  |  |  |  |  | 右詰めで記入して下さい。 |