様式第４号（第９条関係）

　　　京丹後市高齢者福祉施設等入所者ＰＣＲ検査費用補助金交付請求書

|  |  |
| --- | --- |
| 請求金額 | 円 |

　ただし、次に係るもの

　　　補助事業等の名称

　　　交付決定通知額　　　　　　　　　　　　　円

　　　今回交付請求額　　　　　　　　　　　　　円

年　　月　　日付け　　第　　号により交付決定通知のありました標記の補助金について、京丹後市高齢者福祉施設等入所者ＰＣＲ検査費用補助金交付要綱第９条の規定により補助金を請求します。

　　　　　年　　月　　日

京丹後市長　　　様

所在地

法人名

代表者名　　　　　　　　　　　　　印

電話番号

なお、次の口座に振込み願います。

|  |  |
| --- | --- |
| 金融機関 |  |
| 預金種目 |  |
| 口座番号 |  |
| フリガナ  口座名義人 |  |