別記様式第６号(第９条関係)

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 年　　月　　日  　(宛先)栃木市長　大川　秀子  補助金等交付請求書  　令和　年　月　日付け栃木市指令健第　　号により交付決定のありました 令和　年度 栃木市がん患者アピアランスケア支援補助金を、栃木市補助金等交付規則第９条第１項の規定により請求します。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | 金額 | | 百 | 十 | 億 | 千 | 百 | 十 | 万 | | 千 | | 百 | | 十 | 円 | |  |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 住　　　所  氏　　　名 | | (※)  　(※)自署しない場合は、記名押印してください。 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 補助事業者（請求者）と口座名義人が異なる場合はレ点をつけてください。  □私は、補助金の受領に関する一切の権限を次の口座名義人に委任します。 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 補助事業等の名称 | | 栃木市がん患者アピアランスケア支援補助金 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 補助金等交付決定  通知額 | | 円 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 既交付額 | | ０円 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 今回交付請求額 | | 円 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 未交付額 | | ０円 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 添付書類 | | (1)　交付決定通知書の写し | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 領　　　　収　　　　書   |  | | --- | | 収入  印紙 |   上記の金額領収しました。  　　年　　月　　日　　氏名  （宛先）栃木市会計管理者 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| (注)　1　数字は、算用数字を使用すること。  　　　2　金額の頭に￥を付けること。  　　　3　親金を訂正したものは、無効です。  　　　4　支払について希望する方法の番号を○で囲むこと。  　　　5　普通預金は「普」を、当座預金は「当」を○で囲むこと。 | | | | | | | 口座振替　　　2　窓口(現金)払  3　その他(納入書等) | | | | | | | | | | | |
| 振込先 | | |  | | | | | | | | |
| 預　金  種　別 | | | 普 | | 当 | | 口座番号 | | |  | |
| 名　義 | | |  | | | | | | | | |

主人別記様式第６号(第９条関係)

記入例

の部分のみご記入ください。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 年　　月　　日  　(宛先)栃木市長　大川　秀子  記入しない  補助金等交付請求書  　　　令和　年　月　日付け栃木市指令健第　　号により交付決定のありました 令和４年度 栃木市がん患者アピアランスケア支援補助金を、栃木市補助金等交付規則第９条第１項の規定により請求します。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | 金額 | | 百 | 十 | 億 | 千 | 百 | 十 | 万  ３ | | 千 | | 百 | | 十 | 円 | |  |
| 補整具を使用している方 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 住　　　所  氏　　　名 | | 栃木市〇〇町△－×  栃木　とち介　　　　　　　　　　　　　　　　　(※)  (※)自署しない場合は、記名押印してください。 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 補助事業者（請求者）と口座名義人が異なる場合はレ点をつけてください。  □私は、補助金の受領に関する一切の権限を次の口座名義人に委任します。 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 補助事業等の名称 | | 栃木市がん患者アピアランスケア支援補助金 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 補助金等交付決定  通知額 | | 円 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 既交付額 | | ０円 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 今回交付請求額 | | 円 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 未交付額 | | 円 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 添付書類 | | (1)　交付決定通知書の写し  記入しない | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 領　　　　収　　　　書   |  | | --- | | 収入  印紙 |   上記の金額領収しました。  　　年　　月　　日　　氏名  （宛先）栃木市会計管理者 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| (注)　1　数字は、算用数字を使用すること。  　　　2　金額の頭に￥を付けること。  　　　3　親金を訂正したものは、無効です。  　　　4　支払について希望する方法の番号を○で囲むこと。  　　　5　普通預金は「普」を、当座預金は「当」を○で囲むこと。 | | | | | | | 口座振替　　　2　窓口(現金)払  3　その他(納入書等) | | | | | | | | | | | |
| 振込先 | | | ◇◇銀行　　▽▽支店 | | | | | | | | |
| 預　金  種　別 | | | 普 | | 当 | | 口座番号 | | | ＊＊＊＊＊＊＊ | |
| 名　義 | | | トチギ　トチスケ | | | | | | | | |