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 |