_		
/ 		
年	月	
	\neg	

(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。

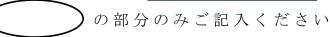
百十億千百十万千百十円

	金	額												
住	所													
氏	名													(*)
					(*	()自得	暑した	ない場	場合り	は、言	己名押	即し、	てくた	ごさい。
		補助事												
補助事業等の	栃っ	大市	がん患	着ア	゚ピ゚	アラ	ンフ	スケ	アま	え援る	補助生	金		
補助金等交付	寸決定													円
既交付額	碩												C) 円
今回交付請	求額													円
未交付額	頂												C) 円
添付書類	類	(1)	交付	決定通	知書	の写	まし							
	己の金額 年 た) 栃オ	頁領収し 月	E	3	収 <u>氏名</u>	1		書					(

- (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。

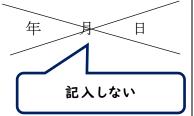
① 3	口座その個			2 書等))	窓口(現金)払
振讠	2.先					
預種	金 別	普	当	口座 番号		
名	義					

主人別記様式第6号(第9条関係)



(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。

百一十 万 千 百 +Щ 補整具を使用している方 住 栃木市○○町△-× 栃木とち介 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。 日私は、補助金の受領に関する一切の権限を次の日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 円 0 円 既交付額 今回交付請求額 Щ 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 収 書 領 収入 上記の金額領収しました。 印紙 (FI) 日 年 月 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。

① 日座振替 2 窓口(現金)払 3 その他(納入書等)