

別記様式第 6 号(第 9 条関係)

<div>年 月 日</div> <div>(宛先) 栃木市長 大川 秀子</div> <div>補助金等交付請求書</div> <div>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 栃木市若年がん患者の在宅ターミナルケア支援補助金を、 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。</div> <table><tr><td>金 額</td><td>百</td><td>十</td><td>億</td><td>千</td><td>百</td><td>十</td><td>万</td><td>千</td><td>百</td><td>十</td><td>円</td></tr><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>										金 額	百	十	億	千	百	十	万	千	百	十	円												
金 額	百	十	億	千	百	十	万	千	百	十	円																						
住 所  氏 名	<div>(※)</div> <div>(※)自署しない場合は、記名押印してください。</div> <div>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。</div>																																
補助事業等の名称	栃木市若年がん患者の在宅ターミナルケア支援補助金																																
補助金等交付決定	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																																
<div>収入印紙</div> <div>領 収 書</div> <div>上記の金額領収しました。</div> <div>年 月 日 氏名</div> <div>(宛先) 栃木市会計管理者</div> <div>印</div>																																	
<div>(注) 1 数字は、算用数字を使用すること。</div> <div>2 金額の頭に¥を付けること。</div> <div>3 親金を訂正したものは、無効です。</div> <div>4 支払について希望する方法の番号を○で囲むこと。</div> <div>5 普通預金は「普」を、当座預金は「当」を○で囲むこと。</div> <table><tr><td colspan="2">① 口座振替</td><td colspan="2">2 窓口(現金)払</td></tr><tr><td colspan="2">3 その他(納入書等)</td><td colspan="2"></td></tr><tr><td>振込先</td><td colspan="3"></td></tr><tr><td>預 金 別</td><td>普</td><td>当</td><td>口座番号</td></tr><tr><td>名 義</td><td colspan="3"></td></tr></table>												① 口座振替		2 窓口(現金)払		3 その他(納入書等)				振込先				預 金 別	普	当	口座番号	名 義					
① 口座振替		2 窓口(現金)払																															
3 その他(納入書等)																																	
振込先																																	
預 金 別	普	当	口座番号																														
名 義																																	

# 記入例

主人別記様式第6号(第9条関係)

の部分のみご記入ください

(宛先) 栃木市長 大川 秀子		<del>年 月 日</del>	
補助金等交付請求書		記入しない	
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 年度栃木市若年がん患者の在宅ターミナルケア支援補助金を、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。			
千 百 十 万 千 百 十 円			
在宅で介護を受けている方			
住 所	栃木市〇〇町△-×		
氏 名	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	栃木市若年がん患者の在宅ターミナルケア支援補助金		
補助金等交付決定	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		
収入印紙	領 収 書		
上記の金額領収しました。			
年 月 日 氏名 (印)			
(宛先) 栃木市会計管理者			
記入しない			

- (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 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
預金別	○普 当 口座番号 *****
名義	トチギ トチスケ

