様式第５号

 　 　　　　　　　　　　 令和　　年　　月　　日

（あて先）前橋市長

所在地

 　　　名称

申請者　施設名

　　　 代表者名

補　助　金　交　付　請　求　書

　令和６年度前橋市社会福祉施設結核健康診断補助金について、下記のとおり請求します。

記

１　補助金交付決定及び確定額　　　　　　　　　　　　　円

２　補助金交付請求額　　　　　　　　　　　　　　　　　円

３　振込先金融機関名等

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | 口 座 名 |  カナ 漢字 |  |
| 口座 番 号 |  銀行・信用金庫　　　　　　　　　　本・支店　　　　　　 信用組合・農協　　　　　　　　　　　　　　　１　普通№　　　　　　　　　　　　　　　２　当座№ |

|  |
| --- |
| ・責任者　　　　　　　　　　　　（電話番号）　　　－　　　－　　　・担当者　　　　　　　　　　　　（電話番号）　　　－　　　－　　　 |

　※必要に応じ、市から上記連絡先に確認させていただきます。