

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 7 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 信用組合・農協	1 普通No. 2 当座No.	本・支店

・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。