

年 月 日

## 請 求 書

稲城市長

殿

住所

事業者名

代表者氏名

年 月 日付稲福障第 号で交付決定の通知を受けた

年度稲城市障害福祉サービスヘルパー事業等促進・育成補助金について、稲城市障害福祉サービスヘルパー事業等促進・育成補助金要綱第6条の規定により、下記のとおり請求しますので、指定の方法でお支払い下さい。

### 記

1 交付決定額 円

2 請求額 円

3 支払先

下記預金口座にお振り込みください。

金融機関	銀行 信金	口座番号							普通
	支店	フリガナ 口座名義							