**請求書**

　　　　　　　年　　月　　日

瀬戸内市長　様

補助事業者

住　　所

氏　　名　　　　　　　　　　　　　　　印

ただし、　　　年度瀬戸内市離島介護支援サービス等提供に伴う自動車航送運賃補助金（　　月　～　　月分）として次のとおり請求します。

￥　　　　　　　　　　円

所要額内訳　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　単位（円）

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 交付決定額 | 受入済額 | 今回請求額 | 計 | 備　　考 |
|  | ０ |  |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 振込先金融機関名 | 預金種別 | 口座番号 | 口座名義 |
|  |  |  | ﾌﾘｶﾞﾅ |
|  |