様式第９号（第１１条関係）

認知症カフェ運営等補助金交付請求書

年　　月　　日

　瀬戸内市長　様

補助事業者　（団体）所在地

　　　　　　　　団体名

　　　　　　　　代表者氏名

（個人）住所

氏名

※押印を省略する場合は以下を記入してください。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | | 役職・氏名 | 連絡先 |
| 団体 | 発行責任者 |  |  |
| 担　当　者 |  |  |
| 個人 | |  |  |

　　　　年度認知症カフェ運営等補助金について、瀬戸内市認知症カフェ運営等補助金交付要綱第11条の規定により、下記のとおり請求します。

記

交付請求額　　金　　　　　　　　円

＜支払口座＞

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 金融機関名 | 本･支店名 | 預金種別 | 口座番号 | 口座名義(ｶﾀｶﾅ) |
|  |  |  |  |  |