様式第10号(第12関係)

年　　月　　日

　金ケ崎町長　殿

申請者　住所(所在地)

氏名(名称)　　　　　　　　　　印

補助金交付請求書

　　　年　　月　　日付け金ケ崎町指令第　　号で交付決定のあった金ケ崎町障害者等移動支援事業費補助金について、金ケ崎町障害者地域活動支援センター事業費交付要綱第12の規定により、次のとおり請求します。

記

　　　　　年　　月提供サービス分として

　補助金交付決定額　　金　　　　　　円

　補助金交付請求額　　金　　　　　　円