様式第７号（第１０条関係）

記　号　番　号

　　年　　月　　日

　小　野　町　長

補助事業者　住所

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　法人等の名称　　　　　　　　　　印

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　代表者氏名

小野町地域医療介護総合確保事業補助金交付請求書

　このことについて、小野町地域医療介護総合確保事業事業補助金交付要綱第１０条の規定により、　次のとおり交付請求します。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 指令年月日 | 年　　月　　日 | 指令番号 | 指令　第　　　号 |
| 補助年度 | 年度 | 補助金の名称 |  |
| 補助対象事業の名称 |  | | |
| 補助金交付決定通知額 | 円 | | |
| 補助金交付確定額 | 円 | | |
| 補助金等の既交付額 | 年　　月　　日交付　　　　　　　　　　　　　　円  　　　　　　年　　月　　日交付　　　　　　　　　　　　　　円  　　　　　　年　　月　　日交付　　　　　　　　　　　　　　円  　　　　　　　　計　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　円 | | |
| 今回請求額 | 円 | | |
| 交付未済額 | 円 | | |
| 添付書類 | １　補助金交付決定通知書又は補助金交付確定通知書の写し  ２　その他町長が指定する書類 | | |