様式第５号（第９条関係）

年　　月　　日

小野町長　様

|  |
| --- |
| 申請者 |
|  | 住所 |  |
| 法人名 |  |
| 代表者名 |  | ㊞ |
| 事業所名 |  |

　　　年度小野町障がい児保育支援事業費補助金概算払請求書

　　　　年　　月　　日付け小野町指令　第　　　号で交付決定のあった小野町障がい児保育支援事業費補助金の概算払を受けたいので、小野町障がい児保育支援事業費補助金交付要綱第９条の規定により下記のとおり請求します。

記

１　請求額

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 交付決定額　Ａ |  | 円 |
| 受領済額　Ｂ |  | 円 |
| 今回請求額　Ｃ |  | 円 |
| 残額　Ａ-Ｂ-Ｃ |  | 円 |

　２　振込指定口座等

|  |  |
| --- | --- |
| 金融機関名 |  |
| 支店名 |  |
| 預金種目 | 普通　・　当座 |
| 口座番号 |  |
| 口座名義（フリガナ） |  |