第６号様式（第10条関係）

年　月　日

立川市長　殿

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 請求者

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　所在地

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　名称

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　代表者氏名　　　　　　　　　　　　　　印

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　メールアドレス

障害者施設等におけるＰＣＲ検査等補助金交付請求書

　　　　年　月　日付け　　　第　　号により補助金の額の確定通知を受けた障害者施設等におけるＰＣＲ検査等補助金の交付について次のとおり請求します。

|  |  |
| --- | --- |
| １　事業所名 |  |
| ２　事業所所在地 |  |
| ３　補助金請求額 | 金　　　　　　　　　　円 |

４ 振込先口座

|  |  |
| --- | --- |
| 金融機関名 |  |
| 口座番号 | 普通 ・ 当座 |
| フリガナ |  |
| 口座名義人 |  |