

様式第6号（第12関係）

長野市介護予防生きいき通いの場事業補助金概算払交付請求書

令和 年 月 日

（宛先）長野市長

団体名
代表者住所
代表者氏名
連絡先（電話）

令和 年 月 日付け長野市指令 地ケ第 号で補助金の交付決定のあった長野市
介護予防生きいき通いの場事業補助金について、下記のとおり概算払いをしてください。

記

- 1 交付決定額 円
- 2 請求額 円
- 3 送金先

金融機関	銀行 信用金庫 店 農 協 所										
口座の種類	当 座 普通預金										
（フリガナ） 口座の名義											
口座番号	<table border="1"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>										