様式第１０号（第９条関係）

　　年　　月　　日

薩摩川内市長　様

請求者　住　　所

名　　称

　　代表者名

　　　　　　　　　　　　　　　　（電話番号）

薩摩川内市赤ちゃんの駅設置促進補助金交付請求書

　　年　　月　　日付け　　第　　号で交付確定通知を受けた薩摩川内市赤ちゃんの駅設置促進補助金について、薩摩川内市赤ちゃんの駅設置促進補助金交付要綱第１３条の規定に基づき、下記のとおり請求します。

記

請求額　　　金　　　　　　　　円

【振込口座】

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 金融機関名 | 本支店･本支所 | 種別 | 口座番号 |
|  |  |  |  |
|
|  |  |  |  |  |  |  |  |  | 口座名義人 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |

□発行責任者及び担当者（フルネーム）　　□連絡先（固定電話番号をご記入ください。）

発行責任者：　　　　　　　　　　　　　　電話番号：

担　当　者：　　　　　　　　　　　　　　電話番号：