様式第7号（第10条関係）

年　　月　　日

　身延町長　　様

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（申請者）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　住　所

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　団体名

代表者名　　　　　　　　　　　印

身体障害者福祉会補助金（概算払）請求書

年　月　日付けで確定通知のあった件について、下記のとおり請求します。

記

1．交付決定額　　　金　　　　　　　　　　　円

2．補助金請求額

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（単位：円）

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 交付決定額① | 概算払額② | 残額①-② | 備　考 |
|  |  |  |  |

1. 概算払の理由

　　4．振込先

　　　金融機関名　　　　　　　　　　　　　店名

　　　預金種別　（普通・当座）　　口座番号

　　　口座名義