第10号様式（第10条第2項）

多古町強度行動障害加算事業補助金請求書

年　　月　　日

多古町長　　　　　　　様

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　所在地

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　法人名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　事業所名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　代表者職・氏名　　　　　　　　　印

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号

　　　年　　月　　日付け多古町達第　　号　　で交付の確定のあった　　　　年度多古町強度行動障害加算事業補助金を多古町高度行動障害加算事業補助金交付要綱第10条第2項の規定により次のとおり請求します。

金　　　　　　　　　　　　　　　円

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 金融機関名 |  | 本支店名 |  |
| 口座種別 |  | | |
| 口座番号 |  | | |
| フリガナ |  | | |
| 口座名義人 |  | | |