

様式第 5 号(第 9 条関係)

甲賀市高齢者介護予防事業費補助金交付請求書

令和 年 月 日

甲賀市長 あて

申請者 住所
団体名
氏名 印
連絡先

令和 年 月 日付け甲長福第 号で額の確定の通知があつた甲賀市高齢者介護予防事業費補助金を、下記のとおり交付されるよう請求します。

記

補助金交付請求額 金 7, 0 0 0 円