

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(概算払)

年 月 日

甲賀市長 あて

申請者 住所

団体名

代表者氏名 ⑩

連絡先

令和 年 月 日付け甲長福第 号で額の確定(交付の決定)の通知があっ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