

様式第 5 号(第 9 条関係)

年 月 日

知 内 町 長 様

申請者 住所

申請者 氏名

印

知内町高齢者生活衛生環境改善事業補助金請求書

年 月 日付けで補助金額の確定通知のあった知内町高齢者生活衛生環境改善事業補助金について、次のとおり請求します。

記

- | | | |
|-----------|---|---|
| 1 補助金の確定額 | 金 | 円 |
| 2 補助金の請求額 | 金 | 円 |