

請 求 書

金 \_\_\_\_\_ 円

ただし、 \_\_\_\_\_ 年度社会福祉法人等による生計困難者に対する利用者負担額軽減制度事業費補助金として、上記の金額を請求します。

年 月 日

知立市長 \_\_\_\_\_ 様

法人の所在地

法 人 名

代表者の職氏名

振込先銀行名	支店名	口座種別	口座番号
フガナ			
口座名義			