

北杜市住民主体型介護サービス事業運営費補助金精算（概算）払請求書

令和 年 月 日

北杜市長 様

請求日は未記入

請求者 住 所 北杜市武川町〇〇〇〇  
団 体 名 〇〇〇〇〇  
代 表 者 北杜 介護 印  
電 話 番 号 42-××××

代表者の印を必ず押してください。

補助金の精算（概算）払を受けたいので、北杜市住民主体型介護サービス事業運営費補助金交付要綱第12条第1項の規定により、下記のとおり請求します。

記

1 補助事業区分

高齢者通いの場事業 月1回

2 精算（概算）払請求額

請求額の累計額を記載してください。

30,000円

(請求金額の内訳)

交 付 決 定 額 30,000円

今 回 請 求 額 30,000円

補助事業区分に該当する交付額を記載してください。

\* 月1回は、30,000円となります。  
\* 市営温泉施設利用の場合はその金額を含めて下さい。

3 支払先

金融機関名 介護予防銀行  
支店名等 須玉支店  
預金種別 普通  
フリガナ ホクト カイゴ  
口座名義 北杜 介護  
口座番号 123456