

様式第 4 号（第 7 条関係）

年 月 日

（請求先）吹田市長

所在地
法人名
代表者
電話番号

吹田市障害福祉サービス等利用計画等普及促進事業補助金交付請求書

年 月 日付け 吹福障第 号で決定通知のあった事業補助金を次のとおり請求します。

1 金 額
金 円

2 口 座
下記の口座に振り込んでください。

口座振替 依頼書	金融機関名				支店名			種目					
								1 普通預金 2 当座預金 3 その他					
	金融機関コード				店舗コード			口座番号					
	フリガナ												
	口座名義人												

発行責任者及び担当者 ※請求者欄に押印がある場合は省略可			
発行責任者	役職	氏名	連絡先
担当者	役職	氏名	連絡先