

(様式第 7 号)

年 (年) 月 日

豊中市身寄りのない高齢者支援事業補助金請求書 (令和 年 月分)

豊 中 市 長

事業者名 _____

担当者名 _____

電話番号 _____

令和 年 月分の豊中市身寄りのない高齢者支援事業補助金について、以下のとおり請求します。

請求金額	円
------	---

振込先	金融機関名		預金種別	普 通 ・ 当 座
	支 店 名	支店	口座番号	
	フリガナ			
	口座名義			

※団体または代表者の名義のものにしてください。

※「豊中市身寄りのない高齢者支援事業補助金事業者登録（更新）申込書」（様式第 11 号）で申請した受領委任払いの振込先を記入してください。