（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。