

様式第 11 号(第 17 条関係)

受理受付印	那賀町補助金請求書
	請求日 年 月 日

.....那賀町長.....殿.....

請求者
住 所
氏 名
印

右の金額を請求します。	請求金額											
-------------	------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

摘 要	
補 助 事 業 名	年度 那賀町薬剤師奨学金返還支援金
補助指令金額	円
補助指令年月日	年 月 日
補助指令番号	那賀町指令 第 号
既 受 領 額	円
今 回 請 求 額	円
残 額	円
請 求 区 分	1 前払い 2 概算 3 精算

口座振込先	
金融機関名 ()	店舗名 ()
預金種別 (1. 普通 2. 当座 3. その他)	
口座番号	
口座名義 (カタカナ書き)	
()	