様式第６号（第17条関係）

年　　月　　日

　　　長浜市長　　　　　あて

住所（所在地）　　　　　　　　　　　　　（※）

氏名（名称及び代表者）　　　　　　　　　（※）

　　長浜市補助金等交付規則第17条第１項の規定により、次のとおり請求します。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 交付決定年月日 | 年　月　日 | 交付決定番号 | 長長寿第　　　　　号 |
| 補助年度 | 年度 | 補助金等の名称 | 長浜市地域介護予防通所活動支援補助金（充実支援補助金） |
| 補助事業等の名称 | 長浜市地域介護予防通所活動支援事業（充実支援事業） |
| 補助金等の交付決定金額 | 円　 |
| 補助金等の交付確定金額 | 円　 |
| 補助金等の既交付金額 | 円　 |
| 補助金等の既交付年月日 | 　　　　　　年　　　月　　　日 |
| 未交付金額 | 円　 |
| 交付請求金額 | 円　 |

(※)本人（代表者）が署名しない場合は、記名押印してください。