

様式第6号（第10条関係）

年 月 日

（宛先） 安曇野市長

所在地
法人名
代表者職氏名

㊤

年度社会福祉法人等による生計困難者等に対する介護保険サービスに係る利用者負担額軽減制度事業補助金交付請求書

金 円也

年 月 日付け 第 号で確定のあった標記補助金を交付してください。

振込先金融機関		預金の種類	普通・当座
金融機関名	支店・支所	口座番号	
		フリガナ	
		口座名義	