様式第５号（第９条関係）

年　　月　　日

（宛先）

岩国市長　様

請求者　所在地

法人名

代表者名

岩国市社会福祉法人訪問介護事業支援補助金請求書

　　　　年　月　日付けで交付決定のあった岩国市社会福祉法人訪問介護事業支援補助金について、次のとおり請求します。

１　訪問介護サービス等の提供期間　　　年　　月　　日から　　年　　月　　日まで

２　請求金額　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　円

本件責任者氏名

本件担当者氏名

連絡先