様式第６号（第９関係）

年　月　日

　北上市長　様

請求者　所在地

名称及び代表者氏名

北上市支え合い通所介護サービス事業費補助金交付請求書

　　　年　月　日付け北上市指令　第　号で交付決定のあった北上市支え合い通所介護サービス事業費補助金について、北上市支え合い通所介護サービス事業費補助金交付要綱第９の規定により、次のとおり請求します。

記

　　補助金交付決定額　　金　　　　　　円

　　補助金請求額　　金　　　　　　円