

様式第7号（第9条関係）

石垣市高齢者介護施設等燃料費負担軽減支援補助金請求書

	百	拾	万	千	百	拾	円
請 求 額							

石垣市高齢者介護施設等燃料費負担軽減支援補助金として、上記のとおり請求します。
なお、お支払いは下記の口座へお願いします。

年 月 日

(申請者)
所在地
法人名
施設名
代表者名

印

石垣市長 様

振 込 先 口 座	
金融機関名・店名	
預 金 の 種 類	
口 座 番 号	
フリガナ 口座名義	