第７号様式（第１２条関係）

年　　月　　日

（提出先）足立区長

（請求者）

法人所在地：

法人名称：

代表者役職：

代表者氏名：　　　　　　　　　　　　　㊞

足立区ケアプランデータ連携システム活用促進事業

補助金請求書兼口座振替依頼書

　足立区ケアプランデータ連携システム活用促進事業補助金につきまして、関係書類を添えて請求します。

なお、支払金額については、下記の口座に振込みをお願います。

１　補助金請求額

|  |  |
| --- | --- |
| 補助金  請求額 | 円 |

２　振込口座

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 振 込 先  金融機関 |  | | | | 銀　　行  信用金庫  信用組合  農　　協 | |  | | | | 店  支店  出張所 |
| 金融機関コード | |  |  |  |  | 支店コード | | |  |  |  |
| 預金項目を○で囲む | | | 口座  番号 | |  |  |  |  |  |  |  |
| 普通・当座・貯蓄・（　　） | | |  |  |  |  |  |  |  |
| フリガナ |  | | | | | | | | | | |
| 口座名義 |  | | | | | | | | | | |

　　＊振込口座は申請者（法人）名義と一致する必要があります。

【法人担当者】請求内容に対する問い合わせ

部　署　名：

担当者氏名：

電話番号：