

様式第7号（第7条関係）

川越市知的障害者障害福祉サービス事業者重度加算等補助金請求書

年 月 日

(提出先)  
川越市長

申請者 所在地  
名 称  
代表者職・氏名

㊦

年 月分川越市知的障害者障害福祉サービス事業者重度加算等補助金として、下記のとおり請求します。

記

- 1 交付決定額 金 \_\_\_\_\_ 円
- 2 既交付済額 金 \_\_\_\_\_ 円
- 3 今回請求額 金 \_\_\_\_\_ 円
- 4 添付書類 請求額算出内訳書（様式第8号）

振込先

金融機関 名称 (金融機関コード)	支店名 (支店コード)	預金種別	口座番号
( )	( )		
(フリガナ)			
預金名義人			