第９号様式（第11条）

年　　月　　日

横浜市福祉サービス第三者評価受審料補助金交付請求書

横浜市長

所在地

法人名

代表者名

以下のとおり横浜市福祉サービス第三者評価受審料補助金を請求します。

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 受審施設名 |  | | | | |
| 補助金額確定番号 | 年 | 月 | 日 | 健 企 第 | 号 |
| 請求金額 | 円 | | | | |

（内訳）

円（税抜）×５０％

※100円未満切捨て。３０万円を上限とします。

（振込口座）

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 銀行 | | | | | 支店 |
| 預金種別 | 普通 | ・ | 当座 | 口座番号 |  |
| フリガナ |  | | | | |
| 口座名義 |  | | | | |

（留意事項）請求委任や受領委任を行う場合は請求書の押印は省略できません。