（様式第５号）

令和　年　月　日

福井県知事　様

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　所在地

名　　称

　代 表 者

電話番号

令和６年度介護生産性向上推進事業補助金（福井県介護ロボット導入支援事業補助金）交付請求書

（概算払）

記

　令和　年　月　　日付け福井県指令長第　　　　号で補助金の交付決定の通知があった令和６年度介護生産性向上推進事業補助金（福井県介護ロボット導入支援事業補助金）について、福井県補助金等交付規則第１５条の規定により次の通り請求します。

１　交付決定額　　　　　　　　　　　　　　　　円

２　請　求　額　　　　　　　　　　　　　　　　円

３　銀行振込先

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 金融機関名 | 支店名 | 預金種別 | 口座番号 | 口座名義 |
|  |  |  |  | （フリガナ） |
|  |

※振込先口座は補助金交付申請書を提出した際に提出した債権・債務者（登録・変更・削除）申請書記載の口座と同じ口座を記入してください。

発行責任者：

担　当　者：

連　絡　先：