

令和 年 月 日

養老町社会福祉協議会  
会 長 森川 一俊 様

サロン名 \_\_\_\_\_

代表者名 \_\_\_\_\_ 印

補助金交付請求書

金 \_\_\_\_\_ 円

但 令和 年度 ふれあいきいきサロン事業補助金として  
上記の金額を請求いたします。

※補助金送金先 出来るだけサロン名義の口座をお願いします。

金融機関・支店名	銀行名 ( )	支店名 ( )
預金種別	○をつけて下さい 普通 ・ 当座 ・ その他 ( )	
口座番号		
口座名義	フリガナ	