様式第11号（第15条関係）

　年　　月　　日

沖縄県介護保険広域連合長　様

住　　　　　所

商号又は名称　　　　　 　　　　　　　印

代表者名

補助金精算払請求書

年　　月　　日付け沖縄県介護保険広域連合達第　号をもって補助金確定通知を受けた離島支援事業費補助金について、下記のとおり請求します。

記

１　精算払請求額 金　　　　　　　　　　円

内訳 交付確定額　 金　　　　　　　　　　円

受領済金額　　金　　　　　　　　　　円

今回請求額　　金　　　　　　　　　　円

残額　　　　　金　　　　　　　　　　円

２　振込先　補助金の支払いについては、下記の口座へ振り込んでください。

|  |  |
| --- | --- |
| 金融機関（本支店）名 | 　 |
| 預金種別 | 　 |
| 口座番号 | 　 |
| フリガナ | 　 |
| 口座名義人 | 　 |