の　り　し　ろ　（　支出命令書に貼付　）

　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　月　　日

　次の金額を請求します｡

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 金額 |  |  |  | 千 | 百万 | 十 | 万 | 千 | 百 | 十 | 円 | 名称又は |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 名　　前 |

※　首標金額の訂正はできません。

※　首標金額の一桁上位の欄に￥印を記入してください。

|  |
| --- |
| 内容 |
| 事業名　　　福山市骨髄ドナー支援事業 |
| 事業完了日　　　　　　年（令和　　年）　　月　　日 |
| 交付決定日　　　　　　年（令和　　年）　　月　　日 |
| 補助金交付決定額　　　　　　　　　　　円 |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |