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 |
| ２０　　年度（令和　　年度）福山市認知症総合支援事業　認知症カフェ運営費等補助金 |
| 事業名：福山市認知症総合支援事業　認知症カフェ |
| 実施団体名：  |
| 実施期間：　２０　　年（令和　　年）　　月　　日～　２０　　年（令和　　年）３月３１日 |
| 総事業費：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　円 |
| 補助金交付額：　　　　　　　　　　　円　　 |
|  |
| 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　10－会－79 　A５　再生紙５５ |

記入しないでください

　　　　　　　　　　　　　　　　年　　月　　日

　次の金額を請求します｡

下表の補助金交付額と同じ数字を記入

補助金交付申請書と同じ

住所・名前

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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。

|  |
| --- |
| 内容年度記入 |
| ２０　　年度（令和　　年度）福山市認知症総合支援事業　認知症カフェ運営費等補助金開始する年月日を記入。4月から開始する場合は4月1日付けに |
| 事業名：福山市認知症総合支援事業　認知症カフェ |
| 実施団体名： 団体名記入 |
| 実施期間：　２０　　年（令和　　年）　　月　　日～　２０　　年（令和　　年）３月３１日 |
| 総事業費：補助金**交付申請書の事業費と同じ金額を記入**　円 |
| 補助金交付額：　　　　　　　　　　　円　　申請する年度末（3月31日）を記入 |
|  |
| 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　10－会－79 　A５　再生紙５５ |