様式第４号（第６条関係）

稲敷市水稲病害虫防除薬剤補助金請求書

第 　　 　　　　号

年　　　月　　　日

稲敷市長　　　　様

申請者　住所又は所在地

　 名称

氏名又は代表者名　　　　　　　　　　　　　　㊞　　電話番号

　　　　　　年　　月　　日付け第　　　号で交付決定及び確定通知のあった補助金について，稲敷市水稲病害虫防除薬剤補助事業実施要綱第６条の規定により次のとおり請求します。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 補助金交付決定額 | | 円 | | |
| 交付請求額 | | 円 | | |
| 振込先 | 金融機関名 | 銀行・農協  信金・信組 | 本店・支店  本所・支所 | |
| 預金種目 | １　普通　　　２　当座  ３　その他（　　　　　　　） | (ふりがな）  口座名義人 | （　　　　　　　　） |
| 口座番号 |  |