

第4号様式（第5条関係）

年 月 日

（宛先）昭島市長

住 所  
法 人 名  
代表者名

印

利用者負担軽減制度事業補助金交付請求書

交付決定のあった 年度昭島市社会福祉法人等による利用者負担軽減  
制度事業補助金について、下記の金額を請求します。

記

- |   |                       |   |
|---|-----------------------|---|
| 1 | 交付決定額                 | 円 |
| 2 | 交付請求額                 | 円 |
| 3 | 添付書類<br>補助金交付決定通知書の写し |   |