様式第４号

大阪障害者自立支援協会リフト付きバス助成金交付請求書

平成　　年　　月　　日

社会福祉法人大阪障害者自立支援協会

理　事　長　　　草　川　大　造　様

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　所在地

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　団体名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　代表者名　　　　　　　　　　　　㊞

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電　話

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　ＦＡＸ

　平成　　年　　月　　日付で交付決定を受けた大阪障害者自立支援協会リフト付きバス助成金について、下記のとおり請求します。

記

１　助成金請求額　　　　　　　　　　　　　　　　　円

２　振込口座

　　　　　　銀行名（支店名）

　　　　　　預金種目（普通預金等）

　　　　　　口座番号

　　　　　　口座名義