

年 月 日

一般社団法人函館市身体障害者福祉団体連合会 御中

## この福祉支援基金概算払交付申請書

助成決定を受けた事業助成金について、次のとおり概算払いを申請します。

①団体名		
②団体所在地	〒	
③代表者 (役職・氏名)	印	
④申請事業・活動 のテーマ		
⑤申請額 (1/2)	助成決定額 (円)	概算払い額 (円)
⑥支払先口座	銀行名	
	支店名	
	口座番号	( 普通 ・ 当座 )
	口座名義フリカナ	
	口座名義	
(留意事項)		
⑤残りの金額は、事業実績報告書提出をもって精算します。		
⑥の支払先は助成を受けた方の口座で、ゆうちょ銀行の場合には口座名義を記載して口座番号の分かる通帳の写しを添付してください。		