（様式第４号）

令和　　年　　月　　日

社会福祉法人茨城県共同募金会会長　様

所 在 地　〒

団 体 名

代表者職氏名　　　　　　　　　　　印

令和　年度　茨城県共同募金会地域福祉特別助成概算払請求書

このことについて、下記により助成金の概算払いをされるよう請求します。

記

１　事　業　名

２　助成金交付決定額　　　　　　　金　　　　　　　　　　　　円

３　概算払申請額　　　　　　　　　金　　　　　　　　　　　　円

４　概算払いを必要とする理由

５　助成金の振込先

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 振込先  金融機関 | 銀行・信用金庫　　　　　　　　　　　　　　本店  　　　　　　　　　　　（　　　　）　　　　　　　　　　　　　　　支店 | | |
| 口座の種類 | 普通・当座・（　　　） | 口座番号 |  |
| 口座の名義 | フリガナ | | |
|  | | |

　 注１　　通帳の契約者名・支店名記載部分のコピーを添付してください。

　 　注２　　請求者（助成決定を受けた者）と口座名義が異なる場合は、委任状を付けてください。