**【R5.2.1～R5.3.31発生分】**

様式第２号

令和　　年　　月　　日

栃木県知事　様

（申請者）

法人所在地

法人名称

代表者職・氏名

令和５年度栃木県障害福祉サービス事業者に対するサービス継続支援事業費

補助金交付請求書

　令和　　年　　月　　日障第　　　号で確定通知があった令和５年度栃木県障害福祉サービス事業者に対するサービス継続支援事業費補助金として、下記金額を交付されるよう栃木県補助金等交付規則及び令和５年度栃木県障害福祉サービス事業者に対するサービス継続支援事業費補助金交付要領の規定により請求します。

記

請求額　　　金　　　　　　　　　円

【振込先】

金融機関コード：　　　　　　　　　　　　支店番号：

金融機関名：　　　　　　　　　　　　　　支店名：

預金種別：

口座番号：

口座名義：（通帳に記載のｶﾀｶﾅのとおりに記入）

　発行責任者：

　担当者名：

　連絡先：