様式第６号（第２０条関係）

　　年　　月　　日

岩美町アルツハイマー病治療薬補助金請求書

岩美町長　氏　　名　様

住　所

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏　名

　これは、　年　月　日付第　　号をもって交付決定通知のあった岩美町アルツハイマー病治療薬補助金について、岩美町補助金等交付規則第２０条により下記のとおり請求します。

記

１　請求金額（公費負担額）　　　　　　　　　　円