様式第６

精　算　払　い　請　求　書

令和　　　年　　月　　日

福井県商工会連合会会長　様

申請者

住　　所

事業者名

代表者名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印

（担当者）　　氏名

役職・連絡先

　令和　　年　月　日付け　第　　　号による補助金額の確定通知書に基づき、地域連携創業支援事業補助金交付要領１３の規定により下記のとおり請求します。

記

１　交付請求金額　　　　　　　　　　金　　　　　　　　円

２　指定する金融機関

（1）金融機関および支店名

（2）預金種別

（3）口座番号

（4）口座名義（フリガナ）

※当該口座の口座名義（フリガナの名義含む）等が確認できる預金通帳のページ（表紙をめくった次のページ）および通帳の表紙のコピーを添付すること