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

（発行責任者）役職・氏名

　　　　　　　連絡先

（担当者）　　氏名

役職・連絡先

　令和　　年　月　日付け商工連（経）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）

　※当該口座の預金通帳のページのコピーを添付すること