（記載例）

請　求　書

金　額　| | | | | | | ¥ | 6 | 3 | 4 | 9 | 0 |

（金額の記載は、アラビア数字を用いその頭部に「¥」を記入してください。）

件　名

福岡市フッ化物洗口事業補助金

希望する支払方法に☑を記入してください。

■　口座振込を希望します。

（本市に２つ以上口座を登録されている方等は、以下に振込を希望する口座をご記入ください。）

金融機関名	他の補助金等を含め、福岡市からの支払いを初めて受ける申請者は口座登録が必要になる可能性がありますので、口腔保健支援センター（092-711-4396）までご連絡ください。
預金種別	
口座名義（カナ）	

（記入する口座は請求者名義のものに限ります。また、口座名義等の記入にあたっては、必ず預金通帳を確認のうえ、記載のとおり正確に記入してください。）

□　現金受領を希望します。

□　隔地払（外国送金等）を希望します。

上記の金額を請求します。

令和　　年　　月　　日

住所

氏名

様式第５号から転記

（あて先）福岡市（区）長

（福岡市）

連絡先電話番号　　※法人等の場合 担当者 部署・氏名

（注）１　**金額と口座番号は、右づめ**で記入してください。
なお、ゆうちょ銀行への振込を希望される場合は、振込用の口座番号を記入してください。
２　請求書の**金額は、訂正できません**。

R3.4改正

下のセルに直接金額を入力していただきますと、
一桁ずつ金額欄に転記されます。

63,490

様式第5号

令和　年　月　日

（宛先）福岡市長

申請者の住所
〒

申請者の団体名及び代表者の氏名（又は氏名）

印

福岡市フッ化物洗口事業補助金実績報告書

福岡市フッ化物洗口事業補助金要綱第12条の規定に基づき、下記のとおり令和　　年度のフッ化物洗口事業の実施実績を報告します。

記

1　事業実施保育施設

施設名	
施設所在地	〒 TEL(　　-　　)

2　実績の概要

	実施月数(A)	実施児童数(B)	実施方法
4歳児クラス	ヶ月	人	
5歳児クラス	ヶ月	人	

3　実績額

円　※領収書の合計額を記入してください。

いずれか低い方の額を転記

4　補助上限額

円　※【計算式】(A)/12×((B)×765円)　※10円未満切り捨て

5　添付書類
補助対象経費にかかる領収書(裏面に貼り付けてください。)