（様式４）

令和　　　年　　　月　　　日

　鳥取市社会福祉協議会会長　様

地区社協名：　　　　　　地区社会福祉協議会

会　　長　：　　　　　　　　　　　　　　㊞

サロン名　：

代表者　：　　　　　　　　　　　　　　㊞

住　　所　：

電話番号　：

※内容確認のため連絡させていただくことがあります。

**令和　　　年度　常設型サロン(週1回以上)開設支援助成事業　請求書**

これは、令和　　年　　月　　日付け発鳥市社協第　　　号をもって交付決定のあった助成金について下記のとおり請求します。

**請求額　　　　　　　　　　　　　　　円**