様式第９号（第９条関係）

（協力理美容店用）

泉大津市訪問理美容サービス利用費助成金請求書

年　　月　　日

　泉大津市長　様

所　　在　泉大津市

店　　名

代表者名

電話番号

　次のとおり請求します。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 内　　　　容 | 助成券枚数 | 助成額 | 金　額 |
| 月分の訪問理美容サービス利用費助成事業 |  | 2,000円 |  |

【内　訳】

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| サービス提供日 | 助成券枚数 | 備考欄 |
| ／ |  |  |
| ／ |  |  |
| ／ |  |  |
| ／ |  |  |
| ／ |  |  |
| ／ |  |  |
| ／ |  |  |

※　助成券を添えて請求すること。