



倉敷市消火器薬剤詰め替え費補助金交付申請書

年 月 日

倉敷市長 あて

住所
申請者
氏名
電話

(ふりがな)



倉敷市消火器薬剤詰め替え費補助金の交付を受けたいので、倉敷市消火器薬剤詰め替え費補助金交付要綱第5条により、次のとおり申請します。

記

補助金交付申請額					円
消火器使用年月日		年 月 日			時 分 頃
消火器使用場所		倉敷市 火災			
使用消火器	メーカー	型式	本数	薬剤詰め替え 又は、購入金額	
				円	
				円	
添付書類		領収書又はその写、債権者登録申出書、請求書			
補助金交付決定額					円

※ 補助金の額は1本当たり 5,000 円が限度です。(100 円未満の端数は切捨てです。)

(以下記入しないこと)

補助金交付決定額		円
----------	--	---