（様式８）

令和　年　　月　　日

公益社団法人

福井県シルバー人材センター連合

会長　吉田修二　様

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（住所）

（団体・グループ名）

（代表者名）

令和５年度シニアチャレンジ応援事業助成金交付請求書（精算払）

　令和　年　月　　日付け　第　　　　号で額の確定の通知があった令和５年度シニアチャレンジ応援事業助成金を交付されるよう請求します。

　　　　　　交付確定額　　　　　　　　　　　　　　　円

　　　　　　請求額　　　　　　　　　　　　　　　円

発行責任者（氏名）：

　　担当者（氏名）：

連絡先（電話番号またはメールアドレス）：　　　（　　）