

様式第 1 号（第 3 条関係）

補助金等交付申請書

年 月 日

鏡野町長 様

申請者（代表者）

住 所

（団体名）

氏 名 (※)

(※) 本人が手書きしない場合は、記名押印してください。

年度において、鏡野町アピアランスケア助成事業を実施したいので、鏡野町補助金等交付規則（平成 1 7 年鏡野町規則第 4 7 号）第 3 条の規定により関係書類を添えて申請します。

なお、鏡野町補助金等交付規則第 4 条第 3 項の規定により、補助金等交付決定審査のため、納税等状況を調査することについて同意します。

- | | | |
|---|------------|---|
| 1 | 補助金等の交付申請額 | 円 |
| 2 | 補助事業に要する経費 | 円 |
| 3 | 添付書類 | |