

(様式 16) ～ 「施設・団体・社協用」

○福 発第 35 号

令和 6 年 6 月 3 日

熊本県共同募金会

会 長 竹 崎 一 成 様

法人名 NPO法人スマイル地域食堂

施設・団体

社会福祉協議会名 スマイル地域食堂

代表者名 理事長 白 川 清 子 印

電話番号 〇〇〇〇-〇〇-〇〇〇〇

共同募金配分金交付請求書

関係書類を添えて、次のとおり請求します

記

1 請求金額 2,500,000 円

2 振込先

① 金融機関・支店名 (フリガナ) マルマルギンコウ マルマルシデン
〇〇銀行 〇〇支店

② 普通預金口座番号 0012345

エヌピーオーハウジンスマイルチイキショクドウ
NPO法人スマイル地域食堂

③ 名 (フリガナ) 義 リジョウ シラ カワ キョ コ
理事長 白 川 清 子

- 注：
- (1) 業者の見積書（写）および請求書（写）を添付すること。
 - (2) 車両・備品整備事業については、写真（受配表示入り）を添付すること。
 - (3) 金融機関名、支店名、口座番号、名義確認のため、預金通帳の表紙と表紙の裏の写しを添付すること。