様式第９－２

**受付番号：**

平成　　年　　月　　日

全国中小企業団体中央会

会　長　　大　村　功　作　　殿

新潟県地域事務局

代表者　　堀　　　　　一　　殿

　　　　　　　　　　　　　　　　　申請者住所（郵便番号、本社所在地）

　　　　　　　　　　　　　　　　　氏　　　名（名称、代表者の役職及び氏名）　　　　　㊞

　　　　　　　　　　　　　　　　　　※「企業間データ活用型」で申請を行う場合は連名で記載

平成２９年度補正ものづくり・商業・サービス経営力向上支援補助金に係る

補助金精算払請求書

　　平成　　年　　月　　日付け　　第　　　号をもって補助金額の確定がなされた上記補助金について、ものづくり・商業・サービス経営力向上支援補助金交付規程第１５条の規定に基づき、下記のとおり請求します。

記

　１．補助金精算払請求額　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　円（税抜き）

　２．補助金額確定内容

　　　補助金交付決定額　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　円（税抜き）

　　　補助金確定額　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　円（税抜き）

　　　概算払受領済額　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　円（税抜き）

　　　精算払請求額　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　円（税抜き）

３．振込先金融機関名、支店名、預金の種別、口座番号及び預金の名義

　　　送金口座　　名義

　　　　　　　　　（フリガナ　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

　　　　　　　　　金融機関名

　　　　　　　　　支店名

　　　　　　　　　（フリガナ　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

　　　　　　　　　口座種類

　　　　　　　　　口座番号