

概算払請求書

概算払を希望する金額を記入してください。

一金 200,000 円

ただし、島根県介護事業所等及び介護施設等に対するサービス継続支援事業費補助金として

交付決定額（変更交付申請した場合は変更交付決定後の額）を記入してください。

指令（交付決定）額 200,000 円

受領済額 0円

おって請求する額 0円

上記のとおり請求します。

令和8年7月20日

提出日を記入してください。
ご提出から支払まで1か月程度かかる場合があります。

島根県知事

様

補助事業者

法人住所 松江市殿町1番地

法人名 社会福祉法人 ○○会

代表者肩書氏名 理事長 ○○ ○○

法人住所・法人名・代表者肩書氏名は、
交付申請書に記載した内容と一致させてください。