千曲市産科・小児科医療整備事業補助金交付請求書

年　　月　　日

（宛先）千曲市長

申請者

住所（所在地）

氏名（名称）　　　　　　　　　　㊞

代表者氏名

連絡先　　　　（　　）　　―

（団体、法人の場合は、所在地、名称及び代表者氏名）

　　　年　　月　　日付け　　　　第　　号で認定され、　　年　　月　　日付け千曲市指令　　　第　　　号で交付決定通知のあった千曲市産科・小児科医療整備事業に係る補助金を、次のとおり請求します。

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 補助金請求額 | 円 | | | | | |
| 振込口座 | 銀行  信金  組合  農協 | | 本店  支店  支所  出張所 | | 口座番号 |  |
| 普通  ・  当座 | フリガナ  名　義 | |  | | |