

滑川市診療所開設等支援補助金請求書

金 _____ 円

ただし、 _____ 年 _____ 月 _____ 日付で _____ 第 _____ 号により補助金の額の確定を受けた滑川市診療所開設等支援補助金として、上記のとおり請求します。

_____ 年 _____ 月 _____ 日

滑川市長 あて

請求者 住 所
法人等の名称
氏 名
電話番号

振込先口座

金融機関名	銀行 金庫 農協	本店 支店 支所
預金種別	普通 ・ 当座	
口座番号		
(ふりがな) 口座名義人		