

様式第1号（第4条関係）

名取市医療機関物価高騰対策補助金交付申請書

名取市長 へ

申請日 令和 年 月 日

申請者 医療機関住所

医療機関名

代表者役職

代表者氏名 印

連絡先

担当者氏名

名取市医療機関物価高騰対策補助金の給付について、下記のとおり申請します。

記

1. 給付申請額 50,000 円

2. 振込先口座 ◇必ず通帳の写しを裏面に貼付してください。

金融機関名	支店名
口座種類	口座番号
普通・当座	口座名義 (かかけで記入)

※ ゆうちょ銀行の場合、通帳見開きページ下部にある3桁の店名、7桁の口座番号を記入してください。

(申請書裏面)

振込先金融機関口座確認書類  
写し貼り付け

○ 通帳のコピー

※ ゆうちょ銀行以外の場合は、通帳「表紙裏面」の口座内容がわかるページ  
ゆうちょ銀行の場合は、通帳「表紙裏面」の見開きページ全面