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　あて

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

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 金融機関名 |  | 支店名 |  |
| 口座種類 | 口　座　番　号 | 口座名義 (ｶﾀｶﾅで記入) |
| 普通・当座 |  |  |  |  |  |  |  |  |

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。

※ 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**

〇 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