様式第４号（第８条関係）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　令和　　年　　月　　日

喜多方市長　遠藤　忠一　様

　　　　　　　　　　　　　（申請者）〒

　　　　　　　　　　　　　　　住　　所

　　　　　　　　　　　　　　　氏　　名　　　　　　　　　　　　　　　　㊞

電話番号

**喜多方市医師・看護師確保事業支援補助金請求書**

　喜多方市医師・看護師確保事業支援補助金補助金交付要綱第８条の規定により、下記のとおり関係書類を添えて補助金を請求します。

記

１　請求額

|  |  |
| --- | --- |
| 請求額 | 　　**円** |

２　補助金交付決定年月日及び番号

　　　　　　　　　　　　　　年　　月　　日　喜多方市指令　保第　　　　　　号

３　振込先

|  |  |
| --- | --- |
| 銀行・信用金庫・信用組合・農業協同組合・その他 | 本店支店支所 |
| 預金種別 | 普通・当座 | 口座番号 |  |
| フリガナ |  |
| 口座名義人 |  |

※口座名義人は、請求者氏名及び名称と同一にしてください。

※法人の場合は、法人名義の口座を記入してください。

※通帳のコピーを添付してください。（申請時に提出した場合は不要）