様式第３号（第８条関係）

年　　月　　日

喜多方市長　　　　　　　　様

（申請者）

 　　　　　　　　　　　　　所在地

 　　　　　　　　　　　　　名　　称

 　　　　　　　　　　　　　代表者名 　　　 　　　印

 　　　　　　　　　　　　　事務担当者名

 　　　　　　　　　　　　　電話番号

喜多方市医療機関等オンライン診療用情報通信機器購入補助金交付請求書

　喜多方市医療機関等オンライン診療用情報通信機器購入補助金交付要綱第８条の規定に基づき、下記のとおり請求します。

記

１　請　求　額　　　　　　　金　　　　　　　　　　　　円

２　交付決定年月日及び番号

　　　　　　　　　　年　　月　　日　喜多方市指令　保　第　　　号

３　振込先口座を次のとおり指定します。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 金融機関名 | 支店名 | 預金種別 |
|  |  | 普通・当座 |
| 口座番号 | フリガナ |
| 口座名義人 |
| 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 　 |

４　添付書類

・振込先の通帳の写し