様式第４号（第８条関係）

　　年　　月　　日

　喜多方市長　　　　　　　　　様

（申請者）

　住　　所

氏　　名　　　　　　　　　　印

電話番号

喜多方市常勤医師応援事業補助金交付請求書

喜多方市常勤医師応援事業補助金の交付を受けたいので、喜多方市常勤医師応援事業補助金交付要綱第８条の規定に基づき、下記のとおり請求します。

記

１　請求金額　　　　金　１，０００，０００　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

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 金融機関名  ・支店名 | 銀行・金庫・組合・郵便局 | 本店・支店・支所・出張所 |
| 口座種別 | 普通　　　当座 | |
| 口座番号 |  | |
| フリガナ |  | |
| 口座名義 |  | |

４　添付書類

　・振込先の通帳の写し