様式第10号（第14条関係）

大崎町開業医支援事業補助金請求書

年　　月　　日

大崎町長　様

申請者　　所在地

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　名　称

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　代表者

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　連絡先

　　　　　年　　月　　日付け　　第　　号で交付確定通知のあった大崎町開業医支援事業補助金について，大崎町開業医支援事業補助金交付要綱第○条の規定に基づき，下記のとおり請求します。

記

　　　　金　　　　　　　　　　　　　円

　　【補助金の振込を希望する場合】

　　金融機関の名称

　　本店・支店の名称

　　種　　別　　　　　　　　　普通・当座・貯蓄

　　口座番号

　　口座名義