様式第10号（第14条関係）

大崎町サテライト診療所設置運営等支援事業補助金請求書

年　　月　　日

大崎町長　様

申請者　　所在地

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　法人名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　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サテライト診療所設置運営等支援事業補助金について，大崎町サテライト診療所設置運営等支援事業補助金交付要綱第14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