様式第７号

仙台市医療機関ＰＣＲ検査等実施事業補助金交付請求書

（文書　令和　年　月　日

仙台市長　あて

申請者の住所又は所在地

申請者の氏名又は名称

令和　年　月　日付仙台市（○○）指令第○号で交付の決定の通知がありました標記の補助金について、仙台市医療機関ＰＣＲ検査等実施事業補助金交付要綱第１３条第２項の規定により、下記のとおり請求します。

記

１　補助確定額　　　　金 円

２　請求金額　　　　　金 円

３　請求の内容 仙台市医療機関ＰＣＲ検査等実施事業補助金

４　下記のいずれかに☑印をつけてください

* 登録債権者ですので指定した方法でお支払いください。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  |  | 　 |

　 債権者電話番号下4桁

* 口座を複数登録していますので、下のとおり振込してください。
* 口座を登録していませんので、下のとおり振込してください。

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 振込先銀行 |  |  | 銀行 |  | 店 |
| １　普通２　当座 | 口座番号（右詰め） |  |  |  |  |  |  | 　 |
| 口座名義 | フリガナ |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |