様式第５号

仙台市医療機関物価高騰対策支援事業補助金交付請求書

（文書　　年　月　日

（あて先）仙台市長

申請者の所在地

申請者の名称

代表者職・氏名

　年　月　日付け仙台市　　　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、仙台市医療機関物価高騰対策支援事業補助金交付要綱第８条第２項の規定により、下記のとおり請求します。

記

１　補助事業の名称　　仙台市医療機関物価高騰対策支援事業

２　施設名称

３　補助確定額　　　　金 円

４　請求金額　　　　　金 円

５　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。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 振込先金融機関 | 金融機関名 | | | 銀行 | | | | | | | | | | | | | 支店名  （店名） | | | | | | 店 | | | | | | | | |
| 金融機関コード | | |  | | |  | | | |  | |  | | | | 支店コード | | | | | |  | | |  | | | |  | |
| １　普通  ２　当座 | 口座番号  （右詰め） | | |  | | | |  | | | | |  | | | |  | | |  | | | |  | | | |  | | |
| 口座名義 | フリガナ |  |  |  | |  | |  | |  | |  | | |  |  | | |  |  | |  | |  | | |  |  | | |  |
|  |  |  | |  | |  | |  | |  | | |  |  | | |  |  | |  | |  | | |  |  | | |  |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

（法人経営の場合は法人口座、個人経営の場合は代表者口座を記入）