

様式第5号（第9条関係）

川棚町医師確保事業助成金交付請求書

年 月 日

川棚町長 様

申請者 住所

氏名 ⑩

〔医療機関名及び代表者氏名〕

下記のとおり、助成金の交付を受けたいので関係書類を添えて請求します。

| | |
|-----------|---|
| 助成金交付決定番号 | 第 号 |
| 助成金交付決定額 | 円 |
| 助成金請求額 | 円 |
| 助成金の振込先 | 【金融機関等名】 【口座名義（カナ）】 【口座番号】 普通・当座 |

【添付書類】 振込口座の通帳の写し