

南島原市医療提供体制確保事業補助金交付請求書（概算払）

金 _____ 円

ただし、 _____ 年 _____ 月 _____ 日付け _____ 第 _____ 号で額の確定通知のあった南島原市医療提供体制確保事業補助金を上記のとおり交付されるよう、南島原市医療提供体制確保事業補助金交付要綱第14条の規定により、請求します。

_____ 年 _____ 月 _____ 日

南島原市長

請求者 _____ 所在地 _____
氏名又は名称及び代表者名

㊟

概算払を必要とする理由

口座振込先 金融機関名	銀行 信用金庫 組合 その他	本店 支店 支所 出張所
預金種別	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座 <input type="checkbox"/> その他（ _____ ）	
口座番号 (フリガナ)		
口座名義		