様式第10号（第9条関係）

年　　月　　日

三股町長　様

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　所在地

法人名

代表者名　　　　　　　　　　　㊞

三股町地域医療介護総合確保基金事業費補助金交付請求書

年　　月　　日付け三高介発第　　　号で確定通知を受けた三股町地域医療介護総合確保基金事業費補助金について、三股町地域医療介護総合確保基金事業費補助金第9条の規定により次のとおり請求します。

１　事業所の名称

２　事業の名称

３　補助金請求額　　　　　　　　金　　　　　　　　　　　　　　円

　　下記の口座に振り込んでください。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 振　込　先　金　融　機　関 | | | | | | | | |
| （金融機関名称） | | （支店等名称） | | | | | | |
| 預金種目 | １　普通  ２　当座 |  |  |  |  |  |  |  |
| 口座名義（フリガナ） | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | |