# 様式第17号　補助金交付請求書（第17条関係）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 年　　月　　日盛岡市長　　　　　　　　様申請者の住所申請者の氏名　　　　　　　　　　　　（団体の場合は、団体名及び代表者名）補　助　金　交　付　請　求　書　　　　　　年　　月　　日付け盛岡市指令　盛保健第　　号で交付決定を受けた補助金について、次のとおり請求します。

|  |  |
| --- | --- |
| 補助金の名称(又は補助事業名) | 盛岡市がん患者医療用補整具購入費補助金 |
| 補助金交付決定額 | 　　　　　　円 |
| 今回請求額 | 　　　　　　円 |
| 振込先 | 金融機関名 | 銀行（金庫） | 支店 |
| 口座の種類 | 普通　・　当座別段　・　貯蓄 | 口座番号 |  |
| (フリガナ) |  |
| 口座名義 |  |
| 連絡先及び団体の場合の担当者氏名等 | 電話番号：　　　　　担当者所属、氏名： |

　※申請書と振込先名義が異なる場合は、以下もご記入ください。　　私に対する補助金の支払いは、上記口座名義人に委任します。　　　　　　　　　　　申請者氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　 |