# 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 |