

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 支店 (金庫) | |
| | 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