

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