様式第８号（第１２条関係）

明石市小児科診療所開設費用助成金 請求書

年　　月　　日

（宛先）明石市長

所在地

氏　名

連絡先

　　　年　月　日付明保総第　号により金額確定の通知を受けた助成金について、令和６年度明石市小児科診療所開設費用助成金交付要領第１２条の規定により、次のとおり請求します。

１　助成金請求額　　　円

２　支払先

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 金融機関名 |  | | | | 支店名 | | 本店  支店 | | |
| 口座種別 | 普通　　　・　　　当座 | | | | | | | | |
| 口座番号 |  |  |  |  | |  |  |  | ※右詰め |
| ふりがな |  | | | | | | | | |
| 口座名義人 |  | | | | | | | | |