

様式第5号（第9条関係）

## 川棚町医師確保事業助成金交付請求書

年 月 日

川棚町長 様

申請者 住所

氏名 ⑩

〔 医療機関名及び代表者氏名 〕

下記のとおり、助成金の交付を受けたいので関係書類を添えて請求します。

助成金交付決定番号	第 号
助成金交付決定額	円
助成金請求額	円
助成金の振込先	【金融機関等名】  【口座名義（カナ）】  【口座番号】  普通・当座

【添付書類】 振込口座の通帳の写し