様式第５号（第12条第２項関係）

仙台市救急医療病院間連携推進事業補助金交付請求書

年　　月　　日

（あて先）仙台市長

請求者の所在地

請求者の名称

代表者職・氏名

年　　月　　日付け仙台市　　　指令第　号で交付の決定の通知がありました標記の補助金について、仙台市救急医療病院間連携推進事業補助金交付要綱第12条第2項の規定により、下記のとおり請求します。

記

１　補助確定額　　　金　　　　　　　　　　　　円

２　請　　求　　額　　　金　　　　　　　　　　　　円

３　振込先口座

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 振込先銀行 |  | 銀行 |  | 店 |
| １　普通２　当座 | 口座番号 |  |  |  |  |  |  |  |
| 口座名義 | フリガナ |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |