

# 記載例(2)

様式第7号

## 仙台市結核定期健康診断補助金交付請求書

日付は空欄にしてください。

年 月 日

(あて先) 仙台市長

申請者 所在地 **仙台市青葉区国分町3丁目7-1**  
 名称 **社会福祉法人 仙台福社会**  
 代表者名 **理事長 青葉 一郎**  
 学校または施設名 **社会福祉法人 仙台福社会 青葉苑**  
 担当者名 **上杉 愛子**  
 電話番号 **022-214-8452**

通知日および指令番号は空欄にしてください。

押印は省略可になりました。

年 月 日付け仙台市 (R6 健保感) 指令第 号で決定通知がありました標記の補助金について、仙台市結核定期健康診断補助金交付要綱第11条の規定により、下記の通り

申請書(様式第1号)に記載の申請金額を記入してください。金額に誤りがあった場合、再提出となりますので、ご注意ください。

請求金額	¥ 2 5 2 7 3 円							
振込先情報 (あてはまる □にレ)	<input type="checkbox"/> 登録債権者の場合		債権者電話番号下4桁					
	<input checked="" type="checkbox"/> 債権登録をしていない場合							
	<input type="checkbox"/> 口座を複数登録している場合							
	金融機関名	あおば 銀行 国分町支 店						
	預金種別	①. 普通預金 2. 当座預金						
口座番号 (右詰)	No.	1	1	1	1	1	1	
フリガナ	フク) センタ" イフクシカイ リ シ" チヨウ アオハ" イチロウ							
口座名義	社会福祉法人 仙台福社会 理事長 青葉 一郎							

債権登録をしていない場合または、口座を複数登録している登録債権者は、金融機関名以下を記入してください。

※口座名義人は、申請者と同一であることを原則とします。

※首標金額の一桁上位の欄に¥印を記入してください。