

医療施設等物価高騰対策事業補助金交付申請書兼請求書

年 月 日

南相馬市長

申請者

住 所

事業所名

代表者名

印

担当者名

電話番号

南相馬市医療施設等物価高騰対策事業補助金の交付を受けたいので、南相馬市医療施設等物価高騰対策事業補助金交付要綱第5条第1項の規定により、関係書類を添えて次のとおり申請及び請求します。

申請内容

対象施設番号（※）	県交付決定額	市補助金

※対象施設番号欄に、該当する番号を記入してください。

- ①病院（許可病床数300床以上） ②病院（許可病床数299床以下） ③診療所（有床）  
④診療所（無床） ⑤歯科診療所 ⑥薬局（保険指定薬局） ⑦歯科技工所 ⑧施術所（保険適用）

振込先	金融機関名	<input type="checkbox"/> 銀行 <input type="checkbox"/> 信用金庫 <input type="checkbox"/> 信用組合 <input type="checkbox"/> 農協							
	支店名		金融機関コード						
	預金種別	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座							
	口座番号								
	フリガナ								
	口座名義								

【添付書類】

- 1 県支援金の交付決定通知書及び確定通知書、実績報告書（添付書類を含む）の写し
- 2 口座番号がわかる通帳の写し