

記載例(1)

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 仙台福祉会**
 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 仙台福祉会 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 (R5 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										
登録債権者の場合は、こちらに記入してください。(よくご確認のうえ、ご記入ください。)それ以外の情報については、記入不要です。 口座番号をつけてください	<input checked="" type="checkbox"/>	登録債権者の場合	債権者電話番号下4桁	4	5	6	7				
	<input 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	銀行 店									
預金種別	1. 普通預金					2. 当座預金					
口座番号(右詰)	No.										
フリガナ											
口座名義											

※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。