様式第５号（第７条関係）

年　　月　　日

佐渡市長　　　　　　　　　様

請求者　住　　所

事業所名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　代表者名　　　　　　　　　印

ＰＣＲ検査費用補助金請求書

年　　月　　日付け　　　第　　号で額の確定通知のあった佐渡市ＰＣＲ検査費用補助金を次のとおり交付されるよう、佐渡市ＰＣＲ検査費用補助金交付要綱第７条の規定により請求します。

　　　　　　　　　　金　　　　　　　　　円

　　振込口座　　金融機関名

　　　　　　　　支店名

　　　　　　　　口座種別　　普通　・　当座

　　　　　　　　口座番号

　　　　　　　　フリガナ

　　　　　　　　口座名義人