

佐渡市長 様

住 所  
氏 名

医療の人材育成及び確保事業補助金請求書

年 月 日付け 第 号で額の確定通知があった補助金について、  
関係書類を添えて次のとおり請求します。

請求金額	円	
金融機関名	銀行 金庫 信用組合 農協	本店 支店 支所
口座種別	普通 ・ 当座 （いずれかに○をつけてください。）	
口座番号		
フリガナ 口座名義		
添付書類		

	役職	氏名	連絡先
発行責任者			
担当者			