（第２号様式）

松戸市医療従事者等宿泊費用助成金交付請求書

令和　　年　　月　　日

松戸市長　殿

住所

氏名　　　　　　　　　　　　　㊞

松戸市医療従事者等宿泊費用助成金交付要綱第５条第１項の規定に基づき､下記の通り請求します｡

記

１　請求金額

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  | 円 |

２　振込先

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 金融機関名 |  | 支店名 |  |
| 金融機関コード(　　　) | 支店コード(　　　) |
| 預金種別※いずれかに○ | 普通・当座・その他(　　　　) | 口座番号※右詰めで記入 |  |  |  |  |  |  |  |
| (フリガナ) |  |
| 口座名義 |  |