松戸市医療的ケア児喀痰吸引等研修費補助金交付請求書

年　　　　月　　　日

　（宛先）松戸市長

所在地

法人名

代表者氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印

電話番号

令和　　年　月　　日付け松戸市達第　　　号で額の確定のあった松戸市医療的ケア児喀痰吸引等研修費補助金を松戸市医療的ケア児喀痰吸引等研修費補助金交付要綱第７条の規定により次のとおり請求します。

記

請求額　　　　　　　　　　金　　　　　　　　　　　円

|  |  |
| --- | --- |
| 金融機関名 |  |
| 支店名 |  |
| 口座番号 | 普通　№ |
| フリガナ |  |
| 口座名義 |  |