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

　　　年　　月　　日付け　　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補助金等交付規則第１４条の規定により次のとおり請求します。

記

請求額　　　　金　　　　　　　　　　　円