

補助金交付申請書兼請求書

年 月 日

尼崎市長 様

(申請者)

住 所: \_\_\_\_\_

氏 名: \_\_\_\_\_ (印)

連絡先: \_\_\_\_\_

事前承認を受けた尼崎市障害者支援施設及び介護保険施設等新規入所者 PCR 検査事業補助金を下記の通り申請します。また、交付決定があった後は、交付決定された補助金を下記の口座に振り込んでいただきますようお願いいたします。

記

1 助成金額等

補助金交付申請額	_____円
提出書類 ※同封した書類 に☑を入れてください	<input type="checkbox"/> 領収書 (写し不可) <input type="checkbox"/> 預金通帳の写し

2 振込先口座

金融機関名	銀行 (銀行コード (4桁) ) 支店 (支店コード (3桁) )
預金種目	1 普通    2 当座    3 その他 ( )
口座番号 (7ケタ)	_____
口座名義 (カタカナ)	_____

※ 口座名義は、申請者と同一の名義であること。口座名義が異なる口座への振込を希望する場合は、受領委任欄に必要事項を記載の上、提出すること。

(受領委任)

私は、次の者を代理人と定め、補助金の受領を委任します。

(フリガナ) 代理人氏名	_____		
住所	〒 _____		
電話	_____	ファクス	_____

以上