様式第４号

　　年　　月　　日

尼崎市長　様

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　申請者　住所

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏名　　（法人にあっては名称及び代表者）

尼崎市小児慢性特定疾病指定医療機関における公費負担医療及び地方公共団体の医療費助成事業に係る資格確認のオンライン化事業補助金交付請求書

　　年　月　日付尼　　　号にて補助金交付の確定を受けた　　年度 尼崎市小児慢性特定疾病指定医療機関における公費負担医療及び地方公共団体の医療費助成事業に係る資格確認のオンライン化事業補助金について、尼崎市小児慢性特定疾病指定医療機関における公費負担医療及び地方公共団体の医療費助成事業に係る資格確認のオンライン化事業補助金交付要綱第１６条の規定により、下記のとおり請求します。

記

１．補助金の請求額　　　　　（　　　　　　　　　 　 ）円

２．補助金の振込先

|  |  |
| --- | --- |
| 金融機関名 |  |
| 支店名 |  |
| 預金種別 |  |
| 口座番号 |  |
| フリガナ |  |
| 口座名義人 |  |