（様式第４号）

令和　　年　　月　　日

西宮市結核予防費補助金交付請求書

西 宮 市 長　様

所在地

学校又は施設の

名称

学校又は施設の

設置者の氏名

（法人にあっては、名称及び代表者の氏名）

令和　　年度西宮市結核予防費補助金について、下記のとおり請求します。

１　補助金の名称　　　西宮市結核予防費補助金

２　補助年度　　　令和　　年度

３　交付確定通知　　　令和　　年　　月　　日付　西保予指令第　　　－　　　号

４　補助金交付確定額　　　金　　　　　　　　　　　円

５　請求金額　　　金　　　　　　　　　　　円

上記の補助金を下記口座に振込願います。

|  |  |
| --- | --- |
| 振込先金融機関名（銀行及び支店名） |  |
| 預金種別 | 普通　　　　　　当座 |
| 口座番号 |  |
| （ﾌﾘｶﾞﾅ）  口座名義人 |  |