様式第７号（第１０条関係）

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 年　　月　　日  　佐世保市長　　　　　　様  申請者　住　所  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏　名　　　　　　　 　　㊞  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（法人にあっては名称及び代表者の氏名）  佐世保市診療所新規開設・承継支援事業補助金交付請求書(前金払・概算払)  　佐世保市診療所新規開設・承継支援事業補助金交付要綱第１０条の規定に基づき、次のとおり請求します。 | | | | |
| １　指令年月日及び指令番号 | 年　　月　　日付け佐世保市指令　　第　　号 | | | |
| ２　補助事業等の名称 | 年度佐世保市診療所新規開設・承継支援事業 | | | |
| ３　補助金等の交付決定額 | 円 | | | |
| ４　補助金等の既交付額 | 年　　月　　日付け交付　　　　　　　 　　 　円  　　年　　月　　日付け交付　　　　　　　　 　　　円  計　 　　　　　　　　　　円 | | | |
| ５　今回交付請求額 | 円 | | | |
| ６　未交付額 | 円 | | | |
| ７　支払方法 | 口座振替(通帳記帳時の請求No.　　　　　　) | | | |
| ８　口座振替の場合の振込先 | ①　登録しているとおり  ②　新規、変更、又は複数登録の場合は、下欄に振り込み先を記入して下さい。(＊なお、円滑に支払いを行うためにコンピュータに登録して処理いたしますのでご了承下さい。) | | | |
|  | 銀行 | 口座番号 |  |
| 支店 |  |
| 口座種別 | 口座名義(カタカナ) |
| 普通　当座　貯蓄(　　) |  |
|  | | | |
| ９　添付書類 | ①　補助金交付決定通知書の写し  ②　その他(　　　　　　　　　　　　　　　　　　　) | | | |