（様式１－２）

令和　　年　　月　　日

一般社団法人広島市医師会

会　長　佐　々　木　　博　様

診療所名

診療所所在地

代表者名　　　　　　　　 　　　 　 　　　印

連絡先　（　　　　）　　　－

助成金交付申請書

　診療所における新型コロナウイルス感染症拡大防止等支援事業助成金の交付を受けたいので、図面、見積書等の関係書類を添えて申請します。

　　１　申請内容（別紙１）

　　２　申請額（見込額）　　　　　　　　　　　　　　　　　　　円

３　本申請に係る助成金は、下記の口座に振り込んでください。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 振　　替　　先 | 金融機関  コード | | | | | 店舗  コード | | | | | | 金 　融 　機 　関 　名 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 店　 舗　 名 | | | | | | | | |
|  |  |  |  | |  | |  | |  | | 銀行　金庫  組合　農協 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 店  所 | | | | | | | | |
| 預 貯 金 口 座 の 種 別 | | | | | | | | | | | | | | | 口 座 番　号 | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | |
| 普 通 　・ 　当 座 | | | | | | | | | | | | | | |  | |  | |  | |  |  |  | |  | |
| 口座名義人  （ｶﾅ） | | | |  | |  | |  | |  | |  |  |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | |  | |  | |  | |  |  |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |

**※預金通帳（口座番号が確認できる箇所）の写しを添付してください。**

※振込先の口座名義人は、原則として申請者と同一の名義としてください。それにより難い場合は、委任状等が必要になる場合があります。