

様式第2号（第7条関係）

佐々町新型コロナウイルス感染症検査費用助成金交付請求書

年 月 日

佐々町長 様

（申請者）住 所

氏 名 印

佐々町新型コロナウイルス感染症検査費用助成金について、同事業実施要綱第7条の規定に基づき、次のとおり請求します。

1 請求額 _____ 円

2 振込先口座

金融機関名				銀行・信用金庫						
				信用組合・農業協同組合						
				労働金庫						
支店名 預金種目 口座番号		本店 ・ 支店 ・ 出張所	普通 ・ 当座	口座番号 (右詰めでご記入ください)						
フリガナ										
口座名義										