様式第 11 号（第 12 条関係）

飯田市診療所承継・開業支援補助金請求書

金　　円

　　年　　月　　日付け　　第　　号により補助金の額の確定を受けた飯田市診療所承継・開業支援補助金として、飯田市診療所承継・開業支援補助金交付要綱の規定により上記のとおり請求します。

年　　月　　日

飯田市長

所在地

名称（請求者）

氏名　　㊞

振 込 先 口 座

金 融 機 関 名	銀　行　　本　店 信用金庫　　支　店 組　合　　支　所
預 金 種 別	普　通　・　当　座
口 座 番 号	
（フリガナ） 口 座 名 義	