

長岡市感染症拡大防止対策支援補助金（Ⅱ型）請求書

記入例（債権者登録あり）

令和 年 月 日

長岡市長様

空欄で提出してください。

交付申請書の申請者及び債権者登録と一致させてください。

請求者所在地 〒940-0084 長岡市幸町2丁目1番1号
名称 さいわいプラザ医院
代表者 院長 長岡 健康
電話番号 0258-39-7508

債権者登録の届出印を押印してください。

標記補助金について、次のとおり請求します。

1 請求金額 金100,000円

2 補助金振込先 忘れずにチェックしてください。

[x] 債権者登録あり

Table with 10 columns for creditor registration number: 債権者番号 0 0 0 0 9 9 9 9 9 9

[] 債権者登録なし

Table for bank account information with columns for financial institution name, branch name, account type, and account number.

※振込先通帳等の口座名義人記載部分の写しを添付すること。

(請求者以外の口座に振込を希望される場合は、下記の委任状も記入してください。)

委任状

令和 年 月 日

長岡市長様

私は、長岡市感染症拡大防止対策支援補助金の受領に関する一切の権限を次のとおり委任します。

Table for authorization details with columns for assignor/assignee, address, name, and representative.

記入不要です。