

様式第2号

浦添市医療・福祉等従事者宿泊費補助金交付請求書

令和 年 月 日

浦添市長 様

浦添市医療・福祉等従事者宿泊費補助金について、下記のとおり請求いたします。

請求者	住所	〒●●●●—●●●● 浦添市安波茶●丁目●番●号	申請者と同一名で 記入・押印
	フリガナ	ウラソエ タロウ	
	氏名	浦添 太郎	

(注) 住所は個人の場合は居住地、事業所の場合は所在地、氏名は浦添市医療・福祉等従事者宿泊費補助金交付申請書（様式第1号）の申請者氏名のとおり記載してください。

1. 請求金額

申請書の申請額（計）を記入						
		6	0	0	0	円

2. 振込先

金融機関名	●●●		銀行 信用金庫 信用組合	▲▲				本店 支店 出張所	
預金種別	普通 当座	口座番号	1	2	3	4	5	6	右詰めで記入してください
フリガナ	ウラソエ タロウ								
口座名義人	浦添 太郎								

※振込先は、上記の請求者名義の口座にしてください。ただし、請求者と口座名義人が異なる場合は、以下の欄にご記入ください。（請求者と同じ氏名、押印としてください）

この浦添市医療・福祉等従事者宿泊費補助金の受領については、上記口座名義人に委任いたします。

請求者と口座名義人が異なる場合に記入・押印

印