様式第２号（第９条関係）

浦添市医療・福祉等従事者宿泊費補助金交付請求書

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 | 〒 |
| フリガナ |  |
| 氏名 | ㊞　 |

　　　　　　　　　　　　（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

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  | 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 |  |  |  |  |  |  |  | 右詰めで記入してください |
| フリガナ |  |
| 口座名義人 |  |

※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。**

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　㊞