

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。

ⓐ