様式第４号

番　　　　　号

　　年　　月　　日

佐賀県知事　様

　　　　　　申請者　　住　所

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 名　称

　　 　 　代表者

佐賀県新生児聴覚検査機器購入支援事業費補助金交付請求書

　　　　　年　　月　　日付け第　　　　号で確定通知があった令和　年度佐賀県新生児聴覚検査機器購入支援事業費補助金として、下記金額を交付されるよう佐賀県補助金等交付規則及び佐賀県新生児聴覚検査機器購入支援事業費補助金交付要綱の規定により請求します。

記

請　 求　 額　　金　　　　　　　　　　　　円

振込先

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 振込先金融機関名 | |  |
| 支店名 | |  |
| 預金種別 | |  |
| 口座番号 | |  |
| 口座名義情報 | フリガナ |  |
| 口座名義 |  |