様式第10号（第12条関係）

請　　求　　書

金　　**１１１，９１０**　円

**↓交付確定通知書の日付、文書番号を記入してください。**

　　ただし、　　　　年　月　日付け　　　第　　　号により補助金の交付確定を受けた結核健康診断費補助金として、上記のとおり請求します。

**請求日は交付確定通知後の日付です→**　　　　年　　月　　日

 所在地　静岡市○○区○○町○丁目○番○号

 請求者 名　称　社会福祉法人　○○

 　　　代表者氏名　理事長　△△　△△

**代表者印を押印してください。↑**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 振込先金融機関 | 　　　　　　銀　　行○○　　信用金庫　　××　　店　　　　　　農　　協 | 種　　別 | 普通　・　当座 |
| 口座番号 | №１２３４５６ |
| 口座名義 | ｶﾞｸ）○○　ﾘｼﾞﾁﾖｳ　△△　△△学校法人　○○　理事長　△△　△△ |

**口座名義が代表者と異なる場合は、代理受領委任状が必要となります。↑**

代理受領委任状

　令和　　年　　月　　日

　　静　岡　市　長　　様

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　所在地　静岡市○○区○○町○丁目○番○号

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　申請者　名　称　社会福祉法人　○○

　　　　　　　　　　　　　　　　　　代表者氏名　理事長　△△　△△

**請求書と同じ印鑑です。↑**

　令和　　年度結核健康診断費補助金の受領を、下記の者に委任いたします。

記

１　被委任者　　　住所（所在地）静岡市○○区○○町○丁目○番○号

　　　　　　　　　　　　　　　　　　社会福祉法人　○○

　　　　　　　　　　　氏名（名称）　特別養護老人ホーム　○○

　　　　　　　　　　　　　　　　　　施設長　△△　△△

２　被委任者口座　　　金融機関　　○○　　　銀行　・　信用金庫　　××　　店

　　　　　　　　　　　口座種別　　　　普通預金　・　当座預金

　　　　　　　　　　　口座番号　　２３４５６７

　　　　　　　　　　　口座名義　（カナ）　ｼﾔ)○○ｶｲ　ﾄｸﾍﾞﾂﾖｳｺﾞﾛｳｼﾞﾝﾎｰﾑ○○

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　ｼｾﾂﾁﾖｳ　△△　△△

　　　　　　　　　　　　　　　　（漢字）　**カナを漢字で記入、又はゴム印でも可。**