

様式第3号（その2）（第7条関係）

春日部市介護施設PCR検査費用補助金交付請求書

年 月 日

春日部市長 あて

申請者 住 所 _____

法 人 名 _____ 印

事業所名 _____

電話番号 _____

春日部市介護施設PCR検査費用補助金交付要綱第7条の規定により、下記のとおり請求します。

記

交付決定通知年月日	年 月 日
補助金交付決定額	円
補助金交付請求額	円
口座振込等	振込先 銀行・信用金庫・農協 支店
	口座番号 (普通・当座)
	フリガナ
	口座名

添付書類

- ・振込先の金融機関講座等が確認できる書類（通帳等）の写し