

堺市泉ヶ丘地域次世代ヘルスケアビジネス等集積促進補助金交付請求書

年 月 日

堺 市 長 様

所在地  
 事業者名  
 代表者職氏名

年度堺市泉ヶ丘地域次世代ヘルスケアビジネス等集積促進補助金について、堺市泉ヶ丘地域次世代ヘルスケアビジネス等集積促進補助金交付要綱14(2)の規定により、次のとおり請求します。

補 助 年 度	年度	補 助 金 の 名 称 (又は補助事業名)	堺市泉ヶ丘地域次世代ヘルスケアビジネス等集積促進補助金
交 付 決 定 通 知	年 月 日	付 け 通 知	第 号
補 助 金 交 付 決 定 額	円		
確 定 通 知	年 月 日	付 け 通 知	第 号
補 助 金 確 定 通 知 額	円		
内 訳	既 受 領 額	円	
	今 回 請 求 額	円	
	残 額	円	

振込先

金 融 機 関 名	銀行・信用金庫
	支店
預 金 種 別	
口 座 番 号	
口 座 名 義 人 (申請人と同一名義)	ふりがな

補助金の交付請求の期日は、交付決定の通知を受けた日から起算して30日以内とすること。