

堺市泉ヶ丘地域次世代ヘルスケアビジネス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)	堺市泉北ニュータウン事業所集積 促進事業補助金
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。