（精算払用）

別記第９号様式（第１１条関係）

令和６年度（２０２４年度）熊本県私立学校等結核予防費補助金

交付請求書

　令和　年（　　　　年）　月　　日付け健危管第　　　　号で確定の通知があった令和６年度（２０２４年度）熊本県私立学校等結核予防費補助金として、下記の金額を交付されるよう熊本県補助金等交付規則第１６条の規定により請求します。

記

　　　請求額 金 　　 円

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| １　口 座 振 替 払 | | |
|  | 金融機関名 | 銀行　　　　　支店 |
| 預金種目 | １普通 　 ２当座 |
| 口座番号 |  |
| <フリガナ>  口座名義 |  |
| ２　直　　　接　　　払 | | |
| ３　送　　　金　　　払 | | |

令和　　年　　月　　日

　　　　　　　　　　　　　　　　　　住　所

　　　　　　　　　　　（補助事業者）法人名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　代表者　　　　　　　　　　　　　　　印

　　熊本県知事　木村　敬　様

※申請者の押印を省略する場合

|  |  |
| --- | --- |
| 書類発行責任者氏名： | 連絡先(電話番号)： |
| 担　当　者　氏　名： | 連絡先(電話番号)： |