

様式第 2 号（第 7 条関係）

神石高原町オンライン診療利用支援事業補助金交付請求書

年 月 日

神石高原町長 様

請求者 住 所
氏 名 印

神石高原町オンライン診療利用支援事業補助金交付要綱第 7 条の規定により、
次のとおり請求します。

1 請求金額 金 円

2 振込先（請求者名義の口座に限ります。）

金融機関名		本・支店	
口座種別	☐ 普通 ・ ☐ 当座		
口座番号			
口座名義	フリガナ		
	氏 名		