様式第７号（第11条関係）

年　　月　　日

水戸市長　様

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　住所又は所在地

氏名又は名称　　　　　　　　　印

代表者の氏名

連絡先

結核健康診断補助金交付請求書

　　　　年　　月　　日付け　　第　　号で額の確定の通知を受けた結核健康診断補助金の交付を受けたいので，水戸市結核健康診断補助金交付要項第11条第１項の規定により請求します。

記

　１　請求金額　　　金　　　　　　　　円

　２　振込先

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 振込先銀行名 | 銀行　　　　　　　　支店 | |
| 口座の種類及び番号 | 普通・当座 |  |
| （フリガナ）  口座名義 |  | |