

# 請 求 書

倉敷市長 あて



令和 年 月 日

所在地 倉敷市西中新田640

指定医療機関名称

医療法人 市役所会  
倉敷市クリニック



代表者氏名

理事長 倉敷市 太郎



下記金額を請求します。

記入例

請求金額	億	千万	百万	十万	万	千	百	十	円
				¥	1	0	0	0	0

内 訳 倉敷市医療扶助オンライン資格確認推進事業補助金

## 【振込先口座】

振込先を倉敷市の債権者登録口座とする	<input type="checkbox"/> はい <input checked="" type="checkbox"/> いいえ
「いいえ」又は債権者登録口座がない場合、下記の項目を全て御記入ください。	
金融機関名	倉敷市役所銀行
金融機関コード	1   1   1   1
支店名	西中新田支店
支店コード	1   1   1
種別	普通(総合) ・ 当座
口座番号	1   1   1   1   1   1   1
口座名義(カナ)	イ) シヤクシヨカイ クラシキシクリニック リジチヨウ クラシキシ タロウ

### 【記入の際の留意点】

1 「所在地」、「指定医療機関名称」、「代表者氏名」について

- 補助金の交付申請書(様式第1号)に記載した情報と、**完全に一致**するようにしてください。

2 振込先口座について(本市の債権者登録をしていない場合)

- 法人の場合は、代表者名義の口座を記入してください。
- 法人以外の口座しかお持ちでない場合は、別途御相談ください。