

様式第1号（第4条関係）

令和 年 月 日

（宛先）一般財団法人さいたま市浦和地域医療センター 理事長

所在地

法人名

代表者名

訪問看護師等育成支援事業補助金交付申請書

訪問看護師等育成支援事業補助金の交付を受けたく、関係書類を添えて申請します。

1 対象事業所

(1) 事業所名

事業所番号（10桁）

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

(2) 事業所所在地

2 申請額

金 _____ 円

3 添付書類

別添のとおり

4 補助金振込口座依頼（下記の法人もしくは事業所名義の口座を指定下さい）

金融機関名	銀行・信金・信組・農協	金融機関コード（4桁）				
支店名	本店・支店	支店コード（3桁）				
預金種別（いずれかに○をお付けください）		1 普通	2 当座			
口座番号（右詰めでご記入ください）						
口座名義						
カナ名義（カタカナ）						

※預金通帳の見開き等(金融機関名/口座番号/カナ名義等が確認できる部分)の写しを添付ください

5 申請担当者連絡先

(フリガナ)		電話番号	
氏名		メールアドレス	