様式第９号

宇部市健康経営支援補助金交付請求書

年　月　日

宇部市長　様

申請者

法人所在地

法人名

法人代表者

役職・氏名

法人番号

担当者名

連絡先

年　月　日付け宇商第　号により交付決定のありました健康経営支援補助金（　新規枠　・　継続枠　）について、宇部市健康経営支援補助金交付要綱第１３条第１項の規定に基づき、以下のとおり請求します。

１　補助金交付請求額　金　　　　　　　　円

２　振込先口座

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 金融機関名 | 支店名 | 預金種目 | 口座番号 | | | | | | |
|  |  | 普通  当座 |  |  |  |  |  |  |  |
|  | | | | | | | | | |
| 口座名義人 | | | | | | | | | |
| カナ | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | |