

年 月 日

美祢市長 様

申請者名

所在地

医療機関名

代表者名

印

美祢市医療機関物価高騰対策食材費支援金支給申請兼請求書

美祢市医療機関物価高騰対策食材費支援金の支給を受けたいので、次のとおり申請し、請求します。

支援金申請額 金 _____ 円

1 基本情報

医療機関名	所在地	医療機関コード	病床数	申請額（円）※

※申請額は、病床数に 25,560 円を乗じた額

2 振込先

金融機関名		支店名	
預金種別	普通 当座	口座番号	
カタカナ			
口座名義			