

(第8号様式)

令和 年 月 日

(宛先) 川崎市長

(申請者)

所在地

医療機関名 (法人の場合は法人名)

代表者職・氏名

印

医療機関オンライン化支援事業補助金交付請求書

令和 年 月 日付けで交付が決定されました医療機関オンライン化支援事業補助金について、次のとおり交付を請求します。

1 補助金交付対象医療機関

医療機関名 \_\_\_\_\_

医療機関所在地 \_\_\_\_\_

2 補助金請求金額 \_\_\_\_\_ 円

3 振込先

金融機関名				支店名			
預金種別	1 普通			2 当座			
口座番号							
口座名義人 (受取人)	フリガナ						
	名義						

4 委任状 (請求人と受取人の名義が違う場合は必要となります。)

次のものを代理人に定め、医療機関オンライン化支援事業補助金の受領に関する権限を委任します。

(委任者)

所在地

医療機関名 (医療法人の場合は法人名)

代表者職・氏名

印

(受任者)

法人 (団体) 名

法人 (団体) 所在地

代表者職・氏名

印