**様式第１２号（第１２条関係）**

**ＰＣＲ検査機器等設備整備事業補助金交付請求書**

**令和　　年　　月　　日**

**鹿沼市長　宛**

|  |  |
| --- | --- |
| **事　業****実施者** | **住　所** |
| **氏　名****印** |
| **電話番号** |

**（団体にあっては、主たる事務所等の住所、団体の名称及び代表者の氏名）**

**令和　　年　　月　　日付け　健（設）第　　号で決定を受けた鹿沼市ＰＣＲ検査機器等設備整備事業補助金の交付について、鹿沼市補助金等の交付に関する規則第１９条第２項の規定により、次のとおり請求します。**

|  |  |
| --- | --- |
| **決定を受けた****補助金の額** | **円** |
| **既に交付を受けた補助金の額** | **円** |
| **請求額** | **円** |
| **金融機関名** |  | **支店名等** | **本店****支店****支所** |
| **口座種別** | **１ 普通　 ２ 当座** | **口座番号** |  |
| **口座名義人** | **フリガナ** |  |
| **氏名** |  |

**（注）　１　この請求書は、検査結果等通知書を受領した日から１５日以内に提出してください。**

**２　口座振込以外の方法で補助金の交付を受けることはできません。**