

令和 年 月 日
第 号

沖縄県知事 殿

申請者 氏 名
住 所

担当者
連絡先

結核健康診断事業補助金交付請求書

年 月 日付け沖縄県達保第 号をもって額の確定のあった結核健康診断事業補助金を次のとおり請求します。

記

金 額 金 円

口座振替申出表示	
金融機関の名称	
預金の種別	
口座番号	
口座名義	