

様式第1号(第5条関係)(薬局用)

※太枠内に必要事項を記入してください。

年 月 日

鳥取県知事 様

(申請者) 郵便番号

住 所

氏 名

(法人の場合、主たる事務所の所在地及び法人の名称・代表者の役職・氏名)

医療・社会福祉・保育施設等物価高騰対策応援金(医療機関等物価高騰対策支援事業)支給申請書

医療・社会福祉・保育施設等物価高騰対策応援金(医療機関等物価高騰対策支援事業)の支給を受けたいので、下記のとおり申請します。

記

1 申請額

金

円

2 申請内訳

施設区分	施設名	所在地	基本額(円)	支給額(円)
薬局			70,000	
			70,000	
			70,000	
			70,000	
			70,000	
合計				

3 振込先口座情報等

金融機関名			支店等名	
預金種別		口座番号		
口座名義	(フリガナ)			
	名 称			

4 担当者情報

担当者職氏名	
電話番号	
メールアドレス	