

佐賀県知事 様

申請者

住 所	(郵便番号)
フリガナ	
氏 名	印
電 話 番 号	

## 佐賀県がん先進医療受診環境づくり事業利子補給金交付申請兼実績報告書

佐賀県がん先進医療受診環境づくり事業利子補給金を交付されるよう、佐賀県補助金等交付規則及び佐賀県がん先進医療受診環境づくり事業利子補給金交付要綱の規定により、関係書類を添えて申請します。

承認年月日・番号	平成 年 月 日 第 号
利子補給の対象借入金 ( 全 体 )	金 円
利子補給の対象期間 ( 全 体 )	平成 年 月 ~ 平成 年 月
年間利子支払額 ( 交付申請額 ) ※	金 円
利子支払期間 ( 交付申請期間 )	平成 年 月 ~ 平成 年 月

※前年の1月1日から12月31日までの間に金融機関に対して支払った利子額を、延滞利息(損害金・違約金)の額を含めずに記入してください。

添付書類 (添付した書類のチェック欄にレ点をつけてください)

チェック欄	添付書類
	様式第4号による金融機関で発行する利子支払証明書

お預かりした個人情報は、その目的を達成するためにのみ使い、ご本人の承諾なしに借入先金融機関以外の第三者に提供することはありません。詳しくは、佐賀県ホームページのプライバシーポリシーをご覧ください。(http://www.pref.saga.lg.jp/web/privacypolicy.html)