

佐賀県知事 様

請求者

住 所	(郵便番号)
フリガナ	
氏 名	
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請求書

令和 年 月 日付け 第 号で交付決定及び額の確定通知があった佐賀県がん先進医療受診環境づくり事業利子補給金として、下記金額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請求します。

請 求 額	金 円
-------	-----

【振込先】

金融機関名	
本・支店名	本店 ・ 支店
口座種別	1 普通預金 2 当座預金
口座番号	
フリガナ	
口座名義人	

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佐賀県個人情報保護方針をご覧ください。

(<https://www.pref.saga.lg.jp/kiji00319144/index.html>)