様式第10号（第16条関係）

　　年　　月　　日

(公財)沖縄県保健医療福祉事業団

理事長　田名　毅　殿

住　所

名 称

代表者　　　　　　　　　　　印

健康課題解決型支援事業助成金請求書

健康課題解決型支援事業助成要綱第16条に基づき、下記の通り請求します。

記

１　助成対象事業名

２　助成金請求額　　金　　　　　　　　円

３　振込先

|  |  |
| --- | --- |
| 金融機関名 | 銀行　　　　　　　　　　支店 |
| 口座の種類 | 普通 　　　・ 　　　当座 |
| 口座番号 |  |
| 口座名義人 |  |
| カナ名義 |  |

　※通帳の口座名義人（カタカナ表記）の記載部分のコピーも必ず添付して下さい。