

令和 年 月 日

広島市歯科医師会長 様

歯科診療所における口腔外バキューム整備促進助成金交付申請書

標記について、次により申請します。

申請者等

歯科診療所名			
所在地	〒 広島市		
申請者氏名 <small>※法人の場合は、 法人名及び代表者氏名</small>			
連絡先	担当者氏名	電話番号	メールアドレス

- (注意事項)・購入した口腔外バキュームの製品名や支出予定額等を記載してください。
 ・見積書の写しを添付してください。
 ・預金通帳等の口座番号等が記載されたページの写しを添付してください。
 ・事業実績報告が必要となるため、領収証書等の証拠書類を保管しておいてください。

対象経費

購入・設置 予定日	製造者名及び製品名、購入予定台数	支出予定額 (円) (税込)		
		購入費	設置費	計
支出予定額の 4 / 5 (円) ※1,000 円未満切捨				
交付見込額 (円) (支出予定額の 4 / 5 と限度額 50 万円のいずれか少ない額)				

国や広島県などの補助金・負担金・交付金等の申請の有無

上記装置について、本助成金以外の補助金・負担金・交付金等の給付又は申請 (予定を含む) の有無	有	無	いずれか該当する方に○を付けてください。
---	---	---	----------------------

振込先口座 (申請者名義の口座に限ります)

金融機関名		金融機関コード					
支店名		支店コード					
預金種別 <small>(フリガナ)</small>		口座番号 (右詰め)					
口座名義							