

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兼実績報告書

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 ※法人の場合は、 法人名及び代表者氏名			
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額等を記載してください。
・納品書及び領収証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。

対象経費

購入・設置日	製造者名及び製品名、購入台数	支出額 (円) (税込)		
		購入費	設置費	計
支出額の 4 / 5 (円) ※1,000 円未満切捨				
交付申請額 (円) (支出額の 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		口座番号 (右詰め)					
(フリガナ)							
口 座 名 義							