

情報シート

ご担当者様情報

医療機関	
担当部署	
担当者名	
TEL	
FAX	
MAIL	

補助金支払先口座情報

銀行名	
支店名	
預金種別	
口座番号	
名義人（カナ）	

※口座名義は原則、申請者と同一
※参考に、通帳の写しを添付してください。