様式第２号（第７条関係）

|  |  |
| --- | --- |
| 受理日付印 | **医師・看護職員移住支援金請求書** |
|  |

請求日 　　　　年　　月　　日

徳 島 県　知　事　　　殿

　 請　求　者

　 住　 　所

　 氏　 　　　名

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 右の金額を  請求します。 | 請求  金額 |  |  |  |  |  |  |  | 円 |

|  |  |
| --- | --- |
| 摘　　　　　　　　　　　　　　要 | |
| 支援金の種類 |  |
| 支給決定通知番号 | 徳島県指令医第　　　　　　　号 |
| 支給決定年月日 | 年　　月　　日 |
| 支給決定額 |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 口座振込先  金融機関名（　　　　　　）　店舗名（　　　　　　）  預金種別（１普通　２当座　９その他） | | | | | | | | |
| 口座番号 |  |  |  |  |  |  |  | （右づめ） |
|  | | | | | | |
| 口座名義（カタカナ書き）  （　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | | | |

|  |
| --- |
| 申請者の連絡先 |
|  |