様式第10号

年　　月　　日

公益財団法人やまがた産業支援機構

理事長　平　山　雅　之　殿

（助成事業者）

住所又は所在地

氏名又は名称

及び代表者氏名

令和７年度山形県ヘルスケア（医療）関連機器等開発促進事業費補助金

請求書

令和　　年　　月　　日付け　第　　　号で補助金の額の確定の通知を受けた標記補助金について、同補助金交付要綱第12条の規定により、下記のとおり補助金を請求します。

記

金　　　　　円

　　　　【振込先口座】

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 口座名義 | カナ |  |
| 漢字 |  |
| 銀行名 | |  |
| 支店名 | |  |
| 口座種類 | | 普通　・　当座 |
| 口座番号 | |  |