令和　 年　 月　 日

　日本音声言語医学会

　　理事長 　梅野 博仁 殿

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　会員番号

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　申請者氏名

**助成金払請求書**

令和　 年　 月　 日付で交付決定を受けた助成金について、次のとおり支払いを受けたいので請求します。

記

　１　交付決定助成金額　　　　　　　　　　　　　　円

　２　振込先

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 金融機関名 |  | 支店名 |  |
| 口座番号 | （普通・当座） |
| 口座名義 | （ふりがな） |

以上