　番　　　　　号

　　年　　月　　日

　奈良県知事　　殿

　　　　　　　　　　　　　　　　　住　所

　　　　　　　　　　　　　　　　　名　称

　　　　　　　　　　　　　　　　　代表者職・氏名

地域医療勤務環境改善支援事業補助金請求書

（概算払・精算払）

年　　月　　日付け奈良県指令　　第　　号の　　をもって交付決定の通知があった標記の補助金について、地域医療勤務環境改善支援事業補助金交付要綱第６条又は第１２条の規定により、下記のとおり請求します。

記

１　請求額　　　金　　　　　　　　　　円也

　　２　振込先

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 金融機関 |  | 支 店 名 | 本店・支店 |
| 預金種目 | １　普通　２　当座 | 口座番号 |  |
| フリガナ |  | | |
| 口座名義 |  | | |