第５号様式

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　月　　日

　山口県知事　様

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　住所

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏名

令和６年度医療施設等設備整備費県費補助金の概算払請求書

　令和6年12月13日付け指令令６健康増進第1125号で交付決定通知がありました補助金について、下記により金　　　　　　　円を概算払によって　交付されるよう請求します。

記

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 交付決定額 | 既受領額 | 今回請求額 | 残　　　額 |
| 円 | 円 | 円 | 円 |

所　属　名：

担当者氏名：

電話番号：

口座振替申出書

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　月　　日

　山口県会計管理者　様

　　　　　　　　　　　　　　　　　　申出者

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　〒

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　住所

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話

　令和６年度医療施設等設備整備費補助金については、下記金融機関の口座に振り込んでください。

記

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 金 融 機 関 | 銀　　行  　　　　　　　信用金庫　　　　　　　店（所）  　　　　　　　組　　合 | | | | | | | | |
| 預金の種類  及び口座番号 | １　普通預金  　２　当座預金　　　ＮＯ  　３　別段預金 |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
| （フリガナ）  口座名義人 |  | | | | | | | | |

※預金の種類は該当の番号を○で囲んでください。

※口座名義人は口座設置金融機関へお尋ねの上、金融機関に電算登録してある　名称をカタカナでご記入願います。（本人名義に限る）

所　属　名：

担当者氏名：

電話番号：