第４号様式（第10条関係）

第　　　　　　　　　号

令和　　年　　月　　日

　山 口 県 知 事 　様

補助事業者　住所

氏名　（法人名）（　　　　　　病院）

　　　　令和　　年度山口県看護職員確保対策事業費補助金交付請求書

（感染管理認定看護師課程派遣助成事業）

　令和　　年　　月　　日付け令　医療政策第　　号で額の確定通知された補助金について、下記により金　　　　　　　　　円を交付されるよう請求します。

記

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 交 付 決 定 額 | 額 の 確 定 額 | 今 回 請 求 額 |
| 円 | 円 | 円 |

所属名　　：

担当者氏名：

電話番号　：

第４号様式（第10条関係）

各団体で作成した

文書番号があれば記載

**記入例**

第　　　　　　　　　号

令和　　年　　月　　日

　山 口 県 知 事 　様

補助事業者　住所　　山口市滝町１番１号

法人名も記載ください

氏名　　医療法人○○会○○病院

　　　　　院長　県庁 太郎

　　　　令和〇年度山口県看護職員確保対策事業費補助金交付請求書

（感染管理認定看護師課程派遣助成事業）

　令和〇年〇月〇日付け令〇医療政策第〇〇〇号で額の確定通知された補助金について、下記により金200,000円を交付されるよう請求します。

記

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 交 付 決 定 額 | 額 の 確 定 額 | 今 回 請 求 額 |
| 円  200,000 | 円  200,000 | 円  200,000 |

注）最終的な確定額

注）最終的な確定額

当初の交付決定額

所属名　　：医療法人○○会○○病院

担当者氏名：〇〇 〇〇

電話番号　：〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇

ご担当者に、連絡がつく番号を

記載してください（直通番号など）