

令和 8 年 ● 月 ● 日

山口県知事 様

住所 ●●市●●町●-●

氏名 医療法人○○会 △△医院  
理事長 山口 太郎

令和 7 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 8 年 2 月 18 日付け指令令 7 健康増進課第 1432 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 9,350,000 円 を概算払によって交付されるよう請求します。

記

実績報告書に記載される(記載された)精算額をご記載ください

| 交付決定額      | 既受領額 | 今回請求額      | 残 額 |
|------------|------|------------|-----|
| 9,350,000円 | 0円   | 9,350,000円 | 0円  |

補助金の支払など事務手続について連絡しますので、事務手続(支払手続等)の担当者を記入してください。

所 属 名 : 事務  
担当者氏名 : ●● ●●  
電 話 番 号 : 000-000-0000

## 口座振替申出書

令和8年●月●日

山口県会計管理者 様

申出者

〒000-0000

住所 ●●市●●町●-●

氏名 医療法人○○会 △△医院  
理事長 山口太郎

電話 000-000-0000

令和7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

交付申請者と口座名義人の表示が異なる場合、確認のためにご連絡させていただきます。

|                 |   |
|-----------------|---|
| 金融機関            | ●●<br>銀行<br>信用金庫 △△支店(所)<br>組合                          |
| 預金の種類<br>及び口座番号 | 1 普通預金<br>2 当座預金 NO 1 1 1 1 1 1 1<br>3 別段預金             |
| (フリガナ)<br>口座名義人 | リョウホウジン○○カイ △△イン リンチョウ ヤマグチタロウ<br>医療法人○○会 △△医院 理事長 山口太郎 |

※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：事務  
担当者氏名：●● ●●  
電話番号：000-000-0000