様式５

年　　月　　日

山口県知事　　様

郵便番号

申請者　所 在 地

名　　称

代表者氏名

年度医療機関・薬局等における感染拡大防止等支援

事業費補助金（精算払・概算払）請求書

年　　月　　日付け指令　　　第　　　号により（交付決定を受けた・額の確定のあった）医療機関・薬局等における感染拡大防止等支援事業費補助金について、下記のとおり請求します。

記

（精算払・概算払）請求金額　　　金　　　　　　　　　　　　円也

（請求額算定表）

|  |  |
| --- | --- |
| 区　　分 | 金　　　　額（円） |
| 交付決定額 |  |
| 補助金の確定額 |  |
| 補助金受領済額 |  |
| 今回の請求額 |  |
| 残額 |  |

（振込口座）

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 金  融  機  関 | 銀行　　　　　　　　　　　　　支店・支所  　　　　　　　　　信用金庫・組合　　　　　　　　出張所 | |
| 種　　類 | １　普通　　２当座　　３　別段預金 |
| 口座番号 |  |
| 所 在 地 |  |
| 口座名義人(ｶﾀｶﾅ) |  |

|  |  |
| --- | --- |
| 担　当　部　署 |  |
| 担　当　者　名 |  |
| 連絡先電話番号 |  |