

記載例(精算交付申請)

様式5

令和2年10月23日

山口県知事 様

郵便番号 753-8501
申請者 所在地 山口市滝町1-1
名称 OO医院
代表者氏名 院長 山口 太郎

令和2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

令和2年9月18日付け指令令健康進第000-00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 「額の確定通知書」の右上に記載された日付と文書番号をご記入ください。

(精算払)概算払)請求金額 金 1,000,000 円也

(請求額算定表) 「額の確定通知書」の「確定額」をご記入ください。

Table with 2 columns: 区分 (Category) and 金額(円) (Amount in Yen). Rows include 交付決定額 (1,000,000), 補助金の確定額 (1,000,000), 補助金受領済額 (0), 今回の請求額 (1,000,000), and 残額 (0). Includes a callout box: 「額の確定通知書」の「交付決定額」と「確定額」をご記入ください。

(振込口座)

Table for bank transfer details. Fields include 金融機関 (Financial Institution) with bank name and branch, 種類 (Type) with account type, 口座番号 (Account Number) 7777777, 所在地 (Location), and 口座名義人(カタナ) (Account Name) マルマルイン インチヨ ヤマグ チカウ.

Table for contact information. Fields include 担当部署 (Department) 事務 (General Affairs), 担当者名 (Staff Name) OO OO, and 連絡先電話番号 (Contact Phone Number) 083-933-0000.