第５号様式（第１０条関係）

令和６年度医療提供体制施設整備事業費補助金交付請求書

第　　　　　号

年　　月　　日

　大分県知事　佐藤樹一郎　殿

 　　 　住所

 　　申請者　氏名

担当者

連絡先

　　年　　月　　日付け　財健政　第902-　　　　号で補助金の交付決定通知のあった令和６年度医療提供体制施設整備事業費補助金　　　　　　　　　円について、概算払の方法により交付されるよう、医療提供体制施設整備事業費補助金交付要綱第１０条の規定により請求します。

記

１　補助金交付決定額　　　金　　　　　　　　　　　円

２　既受領額　　　金　　　　　　　　　　　円

３　今回請求額　　　金　　　　　　　　　　　円

４　残額　　　金　　　　　　　　　　　円

５　事業完了予定（完了）年月日　　　令和　年　月　　日

（振込先）

　　金融機関名

　　口座種別

　　口座番号

　　名義人

　　名義人（カナ）

（記入例）

第５号様式（第１０条関係）

令和６年度医療提供体制施設整備事業費補助金交付請求書

第　　　　　号

令和○年　○月　×日

　大分県知事　佐藤樹一郎　殿

 　　 　住所　大分市大手町3-1-1

 　　申請者　氏名　○○病院

院長　安心院　花子

担当者　総務課　坂ノ市　四郎

連絡先　097-\*\*\*-\*\*\*\*

　令和６年◎月●日付け　財健政　第902-\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*号（交付決定通知書に印字されている交付決定日と交付決定通知番号を記入）で補助金の交付決定通知のあった令和６年度医療提供体制施設整備事業費補助金3,000,000円（交付決定額以内で請求）について、概算払の方法により交付されるよう、医療提供体制施設整備事業費補助金交付要綱第１０条の規定により請求します。

記

１　補助金交付決定額　　　金　　　　　　5,000,000円

（交付決定通知書に印字されている交付決定額を記入）

２　既受領額　　　金　　　　　　　　　　０円

３　今回請求額　　　金　　　　　　3,000,000円

　（交付決定額以内で請求）

４　残額　　　金　　　　　　2,000,000円

　（交付決定額から今回請求額を差し引いた額を記入）

５　事業完了予定（完了）年月日　　　令和６年●月×日

　（交付申請時に記入した事業完了予定年月日を記入）

（振込先）

　　金融機関名　　大分銀行　本店営業部

　　口座種別　　　普通口座

　　口座番号　　　\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*

　　名義人　　　　○○病院　院長　安心院　花子

　　名義人（カナ）マルマルビョウイン　インチョウ　アジム　ハナコ