

※日付は入力しない(空欄)

令和 年 月 日

大分県知事

〇〇 〇〇

殿

所在地 大分市大手町3丁目1番1号
法人名称 社会福祉法人△△会
代表者職・氏名 理事長 〇〇 〇〇
(施設・学校名 特別養護老人ホーム □□園)
担当者氏名 〇〇 〇〇
連絡先 XXX-XXX-XXXX

令和 7 年度結核定期健康診断費補助金交付請求書

※額の確定通知書をご覧になり記入してください。

令和 年 月 日付け健政第 号の で確定通知のあった令和 7 年度
結核定期健康診断費補助金については、下記のとおり請求します。

記

1 請求額 25,306 円

2 振込先

金融機関コード	XXXX	支店コード	XXX
金融機関名	〇〇銀行	支店名	〇〇支店
預金種別	〇〇	口座番号	XXXXXXXX
フリガナ	シャカフクシホウジン△△カイ リジチョウ		
口座名義人	社会福祉法人△△会 理事長 〇〇〇〇		