

第4号様式

千葉県発達障害児等のためのオンライン診療推進モデル事業補助金
交付請求書

令和 年 月 日

千葉県知事 様

住 所
(法人その他の団体にあつては主たる事務所の所在地)

氏 名
(法人その他の団体にあつては名称及び代表者の氏名)

(医療機関コード：)

令和 年 月 日付け 第 号で額の確定のあつた千葉県発達障害児等のためのオンライン診療推進モデル事業補助金について、下記のとおり請求します。

金 円

預 金 種 別	普 通 ・ 当 座
振 込 先	銀 行 支 店
口 座 番 号	
名 義 人 (フリガナ)	