別記第５号様式

文書番号

　　　　年　　月　　日

千葉県知事　　　　　　　　　様

補助事業者

所 在 地

名　　称

代表者名

対象施設名

　　　　年度千葉県小児診療等対応医師確保支援事業補助金交付請求書

　　　　年　　月　　日付け千葉県医達第　　　号で額の確定のあった千葉県小児　診療等対応医師確保支援事業補助金を千葉県補助金等交付規則第１５条の規定により下記のとおり請求します。

記

金　　　　　　　　　　　円

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 振込先 |  | 銀行 | 支店 |
| 口座名 |  | | |
| 預金種別 | 普通　・　当座 | | |
| 口座番号 |  | | |