第６号様式

千葉県看護師特定行為研修等支援事業補助金概算払請求書

年　　月　　日

千葉県知事　　　　　様

住　所

補助事業者　名　称　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　代表者名　　　　　　　印

　　　　　年　　月　　日付け千葉県　指令第　　号で交付決定のあった　　年度千葉県看護師特定行為研修等支援事業補助金を千葉県補助金等交付規則第１６条第２項の規定により、次のとおり概算払されるよう請求します。

　　　　金　　　　　　　　　　円

|  |  |
| --- | --- |
| 振込金融機関本（支）店名 | 預金種別・口座番号・口座名義 |
|  |  |

※押印を省略し請求を行う場合は下記事項を記載してください。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 押印省略により請求 | | |
| 本件責任者氏名 |  | |
| 本件担当者氏名 |  | |
| 連絡先 |  | |
| ※県確認欄 | | |
| ※在籍確認 | 責任者在籍　有・無 | 担当者在籍　有・無 |
| ※確認日時 | 年　　月　　日　　　時 | |
| ※確認方法 | 電話・Ｅメール | |
| ※相手方確認者名 |  | |