

令和 年 月 日

千葉県知事 様

所在地
事業者名
代表者名

千葉県在宅医療機関等における安全確保対策推進事業補助金交付請求書

令和 年 月 日付け千葉県 達第 号で額の確定のあった千葉県在宅医療機関等における安全確保対策推進事業補助金について、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

- 1 請求額 金 円
- 2 振込先
- (1) 金融機関名
- (2) 預金種別
- (3) 口座番号
- (4) 口座名義
- (フリガナ)

本件責任者及び担当者

部署名	
氏名	
電話	
電子メール	