

記入例

第4号様式（第8条）

千葉県精神医療審査会報告書料等補助金交付請求書

作成日を記載

令和〇年〇月〇日

さきに提出いただいた実績報告書記載の所在地を記載してください。

千葉県知事 熊谷俊人様

医療機関の開設者 所在地 千葉県〇〇市〇〇〇〇〇〇

開設者が法人の場合は、法人の名称を記載してください。

名称 医療法人〇〇会

開設者が法人の場合は、法人の代表者の役職、氏名を記載してください。

代表者名 理事長 〇〇 〇〇

※押印は不要です

確定額通知書の右上に記載の番号

令和〇年〇月〇〇日付け千葉県障推達第〇〇〇〇号-〇〇で額の確定のあった千葉県精神医療審査会報告書料等補助金を千葉県補助金等交付金規則第15条の規定により、次のとおり請求します。

金 300,000円

請求金額は確定通知書に記載のとおりです。
(実績報告書の別紙「千葉県精神医療審査会報告書料等補助金収支精算書」中の「差引過不足額（J-1）Kに記載の金額となります。)

金融機関	◎◎銀行〇〇支店
預金種別	普通
口座番号	△△△△△△△
口座名義人	医療法人〇〇会〇〇病院 院長 △△ △△

この例のように口座名義人が病院の開設者と異なる場合（口座名義人が病院長の場合など）は、「委任状」を必ず添付してください。

余白に、本件責任者および担当者（所属名）、それぞれの連絡先を記載してください。

※本件責任者と担当者が同一でも構いません。

本件責任者
氏名 千葉 一郎
連絡先 043-000-0000

担当者
氏名 市原 花子
連絡先 043-000-9999