

第 5 号様式（第 9 条）

千葉県精神医療審査会報告書料等補助金概算払請求書

年 月 日

千葉県知事 様

医療機関の開設者 所在地

名 称

代表者名

年 月 日付け千葉県障推指令第 号 で補助金交付  
の決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 1 6 条の規定により、次のとおり概算払されるよう請求します。

金 円

|       |  |
|-------|--|
| 金融機関  |  |
| 預金種別  |  |
| 口座番号  |  |
| 口座名義人 |  |