

(第5号様式)

年 月 日

千葉県知事 様

(補助事業者)

施設名

開設者所在地

開設者団体名

代表者職氏名

印

千葉県回復期リハビリテーション病棟等整備事業補助金交付請求書

年 月 日付け千葉県 達第 号により額の確定のあった千葉県回復期リハビリテーション病棟等整備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、下記のとおり交付を請求します。

記

- 1 請求額 金 _____ 円
- 2 振込先 金融機関名 銀行 支店
預金種別 普通 当座
口座番号
口座名義