

千葉県知事 熊谷 俊人 様

所在地  
事業者名  
代表者職・名

令和6年度千葉県医療提供体制推進事業費補助金交付請求書

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医療提供体制推進事業費補助金について、千葉県補助金等交付規則第15条の規定により次のとおり請求します。

1 請求額 \_\_\_\_\_ 円

2 補助事業名 \_\_\_\_\_ 事業  
\_\_\_\_\_ 事業  
\_\_\_\_\_ 事業

3 振込先

振込金融機関名	預金種別・番号	名義人
医療機関コード	普通（総合） 当座	
銀行		
信用金庫 信用組合		
支店コード	口座番号	カナ
支店		

（ 事業者名 :  
担当者名 :  
電話番号 :  
メールアドレス : ）