

様式第5号(第12条関係)

令和3年度宮崎県地域医療介護総合確保基金事業費補助金(介護施設等整備)交付請求書

日付をご記入ください。

令和3年〇月〇日

宮崎県知事

殿

法人の住所、法人名、代表者名をご記入ください。

住所  
(補助事業者)  
氏名

印

法人の代表印を押印してください。

交付決定通知書に記載している交付決定日及び文書番号をご記入ください。

令和〇年〇月〇日付け第243-〇〇〇〇号で交付決定通知のあった令和3年度宮崎県地域医療介護総合確保基金事業費補助金(介護施設等整備) 〇〇〇 円を精算払(概算払)の方法により交付されるよう、宮崎県地域医療介護総合確保基金事業費補助金(介護施設等整備)交付要綱第12条の規定により請求します。

交付確定額をご記入ください。

記

| 補助金<br>交付決定額 | 既受領額 | 今回請求額 | 残額 | 事業完了<br>(予定)年月日 | 備考 |
|--------------|------|-------|----|-----------------|----|
|              | 0    |       | 0  |                 |    |

交付決定額をご記入ください。

交付確定額をご記入ください。

実績報告書に記載した事業完了日をご記入ください。

口座情報をご記入ください。

(振込預金口座)

金融機関名

本・支店

預金種別

口座番号

預金口座名義人(フリガナ)