

請 求 書

金 〇〇〇, 〇〇〇 円

ただし、令和 年度新人看護職員研修事業費補助金として、上記のとおり請求します。

令和 年 月 日

日付不要

宮崎県知事
河野 俊嗣 殿

この部分は
交付申請と
一致します

住 所 (〒880-0029)
宮崎市〇〇町〇〇1-234

法 人 名 医療法人〇〇会 〇〇病院

代表者名 理事長 〇〇 〇〇

ここが違うと
きに委任状が
必要です

口座振替申出表示	
金融機関の名称	〇〇銀行 〇〇支店
預金の種類	普通預金 当座預金
口座番号	No. 1234567
(フリガナ) 口座名義	イリョウホウジンマルマルカイ 医療法人〇〇会 マルマルビョウイン 〇〇病院 リジョウマルマルマルマル 理事長〇〇〇〇

支店名等も忘れずに

フリガナを忘れずに

押印省略の場合は担当者
氏名・連絡先を記載する

担当者氏名	フルネーム
連絡先	0000-00-0000

委任状

令和 年度新人看護職員研修事業費補助金の受領に関する一切の権限を、次の者を代理人として定め委任します。

日付不要

令和 年 月 日

この部分は
口座振替申
出表示と一
致します

受領者の住所

宮崎市〇〇町〇〇1-234

受領者の氏名

医療法人〇〇会〇〇病院
〇〇 〇〇

この部分は
交付申請と
一致します

申請者住所

宮崎市〇〇町〇〇1-234

氏名

医療法人〇〇会 〇〇病院
理事長 〇〇 〇〇

押印省略不可
印
(公印を使用
してください)