第４号様式(第１４条関係)

医療機能分化・連携基盤整備事業補助金交付請求書

金　　　　　　　　円也

　　　年　　月　　日付け奈良県指令地医第　　　号で額の確定(交付決定)のあった医療機能分化・連携基盤整備事業補助金について、上記のとおり請求します。

　　令和　　年　　月　　日

　　奈良県知事　様

請求者住所

氏名又は名称

|  |  |
| --- | --- |
| 振 込 先 銀 行 名 |  |
| [預金種別] 口座番号 |  |
| 口　座　名　義　人 |  |