

令和 年 月 日

石川県知事 馳 浩 様

(〒 920-8580)
所在地 石川県金沢市鞍月 1 - 1
名称 医療法人社団 ●●会
代表者職氏名 理事長 ●● ●●

石川県食材料費高騰対策支援事業費
補助金交付請求書

令和 6 年 ● 月 ● 日付け 医第 ●● 号により額の確定の通知があった
標記事業について、下記のとおり補助金の交付を請求します。

記

1 請求額	1,000,000 円
(内訳) 交付決定額	1,000,000 円
交付確定額	1,000,000 円
(交付済額	0 円)
今回請求額	1,000,000 円
残 額	0 円

2 振込先 (金融機関名・支店名) ●●銀行●●支店
(口座種別・口座番号) 普通 123456
(口座名義) 医療法人社団 ●●会
(カナ) ｲ)●●ｶｲ

※電子メールでの提出など、申請書の押印を省略する場合は、下記の欄を記載すること。

発 行 責 任 者	所属・役職	理事長	担 当 者	所属・役職	事務長
	氏名	●● ●●		氏名	●● ●●
	電話番号	076-225-1433		電話番号	076-225-1433