第５号様式（第８条関係）

番　　　　　号

年　　月　　日

福島県知事

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　補助事業者住所

補助事業者名

福島県地域医療復興事業補助金概算払請求書

　　　　年　　月　　日付け福島県指令　第　　　　号で交付決定のあった福島県地域医療復興事業補助金について、下記のとおり概算払いにより交付してくださるよう請求します。

記

１　補助事業名

２　実施医療機関名

３　概算払請求金額

金　　　　　　　　　　円

４　添付書類

５　本件責任者及び担当者

　（１）責任者 所属・職氏名・連絡先

　（２）担当者 所属・職氏名・連絡先