第１０号様式（第１１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交付請求書

令和７年　月　日付け福島県指令健第　　　　　号で交付決定のあった令和６年度福島県地域医療復興事業について、下記により

金　　　　　　　　　　　円を交付してくださるよう請求します。

記

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 事業名 | | 認定看護師等養成事業 |
| 実施医療機関名 | |  |
| 交付決定額  又は交付確定額 | (A) | 円 |
| 受領済額 | (B) | ０円 |
| 今回請求額 | (C) | 円 |
| 残額  （A-B-C） | (D) | ０円 |

※変更交付決定があった場合は、変更に係る交付決定年月日・番号を本文中に追記のこと。

※本件責任者及び担当者

　・責任者 所属・職氏名・連絡先

　・担当者 所属・職氏名・連絡先