

年 月 日

宮崎県知事 殿

申請者 住所  
法人名  
代表者職氏名  
担当者氏名  
連絡先

訪問看護体制機能強化事業経営基盤強化費補助金請求書

年 月 日付け第 号で交付額の確定を受けた  
年度訪問看護体制機能強化事業経営基盤強化費補助金について、訪問看護体制  
機能強化事業経営基盤強化費補助金交付要綱第11条の規定により、下記のとおり請  
求します。

記

1 請求額 金 円

2 振込口座

金融機関名					
支店名					
銀行コード	⋮	⋮	⋮	支店コード	⋮
預金の種類 (選択項目に○)					
口座番号	⋮	⋮	⋮	⋮	⋮
口座名義人 (カタカナ)					

- ※ 必ず申請者名義の口座にしてください。
- ※ ゆうちょ銀行の振込用口座番号は、通常の口座番号と異なりますので、銀行に確認して間違いのないようにしてください。
- ※ 通帳の写し（金融機関名、支店名、口座番号及びカナ口座名義人が表示されている面）の添付をお願いします。