**請 求 書**

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　令和　　年　　月　　日

　（宛先）

埼 玉 県 知 事　　大 野 元 裕

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　開　設　者

　　　　　　　　　　　　　　住　　　所

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　医療機関名

**金　　　　　　　　　　　　　円**

　令和２年度　埼玉県新型コロナウィルス感染症患者等入院医療機関設備整備事業補助金として、上記金額を支払われたく請求します。

**振 込 先 （以下の口座に振り替えてください。）**

|  |  |
| --- | --- |
| 金融機関名・支店名 | 　　　　　　　　　銀行　　　　　　　　　支店 |
| 口座種別・口座番号 | 　普通　・　当座　　　№ |
| 口座名義 |  |
| カナ名義 |  |
| 債権者コード |  |

　　※「カナ名義」欄には、**通帳の表紙裏**に印字された「**カナ名義**」を正しく御記入ください。

　　※預金通帳の**コピー（表紙と見開きの2箇所）**を必ず添付してください。

　　※「債権者コード」欄には、埼玉県に登録がある場合のみ御記入ください。