**精 算 払 請 求 書**

電子メールの件名は「精算払請求書（医療機関名）」としてください。

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　令和　　年　　月　　日

　（宛先）

**原則として**交付申請時の「所在地」、「開設者」、「医療機関名」及び「代表職氏名」を記入

県支出日との関係で、空欄のまま提出

埼 玉 県 知 事

　　　　　　　　　　　　　　　　　　所在地　埼玉県○○市○○

　　　　　　　　　　　　　　　　　　開設者　医療法人○○会　理事長　○○

　　　　　　　　　　　　　　　　　　医療機関名　○○病院

　　　　　　　　　　　　　　　　　　代表者職氏名　理事長○○　○○

**押印不要です。**

**金　　　１，０００,０００　円**

令和５年度　埼玉県新型コロナウイルス感染症対策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。

交付決定額以下の金額**（千円単位）**を記入

※「③今回請求額」と金額を一致させる

当該補助金に係る

額確定通知書の

「確定額」を記入

**１　請 求 額 等**

　①　確定額　　 金　４,０００,０００　　　円

　②　既受領額　　　金　　　　　０　　　　　　円

当該補助金に係る概算払による既受領額の合計を記入

　③　今回請求額　　　金　１,０００,０００　　　円

　④　残額　　　金　３,０００,０００　　　円

④＝①－②-③

となるように記載

必要事項を正しく記入（金融機関名は支店名まで記入）

**２　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 | 　　〇〇　　銀行　　○○　支店 |
| 口座種別・口座番号 | 　普通　・　当座　　　№　１２３４５６ |
| 口座名義 | 医療法人○○会　○○病院**原則として**概算払請求書に記載された「開設者」・「医療機関名」と同一名義の口座を記入 |
| カナ名義 | イ）〇〇カイ |
| 債権者コード**通帳の表紙裏に印字された**「カナ名義」を記入※県の支払システムの仕様上、カナ名義が必要となります。 |  |

　　※　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。

　　※「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。

　　※「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。

担当者の在籍及び請求書の提出の有無を確認させていただく場合があります。**必ずご記入ください**

**担　当　者**

|  |  |
| --- | --- |
| 所属部課・担当者名 | 　　経理課　○○ |
| 電話番号 | 　　０４８－×××－×××× |