**精 算 払 請 求 書**

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　令和　　年　　月　　日

　（宛先）

埼 玉 県 知 事

　　　　　　　　　　　　　　　　所在地

　　　　　　　　　　　　　　　　開設者

　　　　　　　　　　　　　　　　医療機関名

　　　　　　　　　　　　　　　　代表者職氏名

**金　　　　　　　　　　　　　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。

**１　請 求 額 等**

　①　確定額　　　金　　　　　　　　　　　　　　円

　②　既受領額　　　金　　　　　　　　　　　　　　円

　③　今回請求額　　　金　　　　　　　　　　　　　　円

　④　残額　　　金　　　　　　　　　　　　　　円

**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 | 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 |  |

　　※　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**

|  |  |
| --- | --- |
| 所属部課・担当者名 |  |
| 電話番号 |  |