様式第４号（精算払）

令和　　年度女性医師等就労支援事業費補助金交付請求書

第　　　　　　　　号

令和　　年　　月　　日

（　あ　て　先　）

埼　玉　県　知　事

　　　　　　　 補助事業者 所　在　地

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　医療機関名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 （ふりがな）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 氏　　名

　令和　　年　　月　　日付け医人第　　　号で交付決定があった令和　年度女性医師等就労支援事業費補助金として、下記金額を交付されるよう、補助金等の交付手続等に関する規則及び女性医師等就労支援事業費補助金交付要綱の規定により請求します。

記

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | 請求金額 | 金 | 円 |
|  |  |  |  |
| 内訳 | 交付決定補助金額 | 金 | 円 |
|  | 交付済補助金額 | 金 | 円 |
|  | 今回請求額 | 金 | 円 |

　　　　　　　　　　　　　振込先

　　　　　　　　　　　　　　金融機関名

　　　　　　　　　　　　　　預金種別及び口座番号

　　　　　　　　　　　　　　フリガナ

　　　　　　　　　　　　　　口座名義