（様式第８号）

令和６年度長崎県医療機関オンライン資格確認支援事業費補助金交付請求書

金　　　　　　　円

　令和　　年　　月　　日付長崎県指令6国健第312号で額の確定があった長崎県医療機関オンライン資格確認支援事業費補助金を上記のとおり交付されるよう、長崎県補助金等交付規則（昭和40年長崎県規則第16号）第16条の規定により、請求します。

令和　　年　　月　　日

長崎県知事　大石　賢吾　様

　　　　　　　　　　　　　　請求者　住所

　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏名

　　　　　　　　　　　　　　　　振込先　　　　　銀行　　　　支店

　　　　　　　　　　　　　　　　口座番号

　　　　　　　　　　　　　　　　口座名義

|  |
| --- |
| 発行責任者及び担当者　発行責任者氏名　　　　　　　　　（連絡先TEL　　　　　　　　　　　）　発行担当者氏名　　　　　　　　　（連絡先TEL　　　　　　　　　　　） |

（様式第８号）　※記入例

令和６年度長崎県医療機関オンライン資格確認支援事業費補助金交付請求書

実績報告書と一緒に請求書を提出する場合は、確定日は空欄でお願いします

金　77，000円

　令和　　年　　月　　日付長崎県指令6国健第312号で額の確定があった長崎県医療機関オンライン資格確認支援事業費補助金を上記のとおり交付されるよう、長崎県補助金等交付規則（昭和40年長崎県規則第16号）第16条の規定により、請求します。

令和7年3月31日

法人の場合は、法人名、代表者名を記載（基本的には申請者名、振込先名義と同じにしてください。）

※振込先が異なる場合は委任状を提出

長崎県知事　大石　賢吾　様

　　　　　　　　　　　　　　請求者　住所　長崎市尾上町３－１

　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏名　株式会社○○

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　代表取締役　○○　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（○○薬局）

【発行責任者】

代表取締役、営業所長等の、社内において権限の委任を受けた役職者

【発行担当者】

本補助金に関する事務を担当する者

※同一人物可、個人の場合は上記に準じる人物

　　　　　　　　　　　　　　　　振込先　　　▲▲銀行　　××支店

　　　　　　　　　　　　　　　　口座番号　99999999

　　　　　　　　　　　　　　　　口座名義　株式会社○○

代表取締役　○○

|  |
| --- |
| 発行責任者及び担当者　発行責任者氏名　　　　　　　　　（連絡先TEL　　　　　　　　　　　）　発行担当者氏名　　　　　　　　　（連絡先TEL　　　　　　　　　　　） |