様式第３号

（年号）○年度長崎県病集転換助成事業費補助金交付請求書（概算払）

金　○○○，○○○円

　（年号）○年〇月○日付長崎県指令○医政第○○号で交付決定通知のあった（年号）○年度長崎県病床転換助成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。

　　　年　月　日

　　　長崎県知事　中村　法道　様

申請者　住所　○○市○○町〇番〇号

氏名　医療法人○○　○○病院

　理事長　○○○○

概算払を必要とする理由

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 振込指定口座医 | | | 銀行　　　　　　支店 | | |
| 種別 | 普通 ・ 当座 | | | 口座番号 |  |
| （ﾌﾘｶﾞﾅ） | |  | | | |
| 口座名義 | |  | | | |

発行責任者及び担当者

　発行責任者　○○　○○（連絡先：　　　　　　　　）

　発行担当者　△△　△△（連絡先：　　　　　　　　）