様式第５号

番　　　　　号

令和６年　　月　　日

長崎県知事　　大石　賢吾　　様

申請者　　住　所

氏　名

令和６年度長崎県看護補助者処遇改善事業補助金概算払請求書

　令和６年１０月１７日付け長崎県指令６医人第１１０号で補助金の交付の決定がありました補助事業について、長崎県看護補助者処遇改善事業補助金実施要綱第12条第２項の規定により下記のとおり請求します。

記

　　　　　　　補助金交付決定額　　　　　　　　　　　　円

　　　　　　　既交付額　　　　　　　　　　　　　　　０円

　　　　　　　今回請求額　　　　　　　　　　　　　　　円

　　　　　　　残額　　　　　　　　　　　　　　　　　０円

概算払を必要とする理由

　　　　　　　　既に令和６年２月から５月まで看護補助者の賃金改善を行っており、自己資金にて立替払が発生していることから、円滑な事業執行を行うため。

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 振込指定口座 | | | 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△△△－△△△－△△△△）

様式第５号

記載例

６医人第●●●●●号

◇県へメールで提出する日付を入れてください

◇文書番号があれば記載してください

令和６年　　月●●日

長崎県知事　　大石　賢吾　　様

下部の発行責任者・発行担当者を明記して

いただければ押印は不要です

申請者　　住　所　長崎市●●町●●－●●

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏　名　医療法人●●会　●●病院

院長　●●　●●

令和６年度長崎県看護補助者処遇改善事業補助金概算払請求書

　令和６年１０月１７日付け長崎県指令６医人第１１０号で補助金の交付の決定がありました補助事業について、長崎県看護補助者処遇改善事業補助金実施要綱第12条第２項の規定により下記のとおり請求します。

記

　　　　　　　補助金交付決定額　　　　　５５９，０００円

交付決定通知書にて別途お知らせします。（基本的に６月にご提出いただいた

交付申請書の金額と同額となります。）

　　　　　　　既交付額　　　　　　　　　　　　　　　０円

　　　　　　　今回請求額　　　　　　　　５５９，０００円

　　　　　　　残額　　　　　　　　　　　　　　　　　０円

概算払を必要とする理由

　　　　　　　　既に令和６年２月から５月まで看護補助者の賃金改善を行っており、自己資金にて立替払が発生していることから、円滑な事業執行を行うため。

振込指定口座・種別・口座番号・口座名義（ﾌﾘｶﾞﾅ）を記載してください。振込希望口座の名義人が申請者と異なる場合は、別途委任状を添付してください。

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 振込指定口座 | | | ●●銀行　　　　　●●支店 | | |
| 種別 | 普通・当座 | | | 口座番号 | ●●●●●●● |
| （ﾌﾘｶﾞﾅ） | | ｲﾘｮｳﾎｳｼﾞﾝ●●ｶｲ　●●ﾋﾞｮｳｲﾝ　ｲﾝﾁｮｳ　●●●● | | | |
| 口座名義 | | 医療法人●●会　●●病院　院長　●●　●● | | | |

発行責任者・発行担当者の氏名と連絡先を記載してください

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△△△－△△△－△△△△）