様式第２号

第　　　　　号

年　　月　　日

長崎県知事　　　　　　　　様

申請者　住所

氏名

　令和7年度長崎県生産性向上・職場環境整備等支援事業費補助金概算払請求書

　　　年　　月　　日付け長崎県指令7医政第189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、長崎県生産性向上・職場環境整備等支援事業費補助金実施要綱第11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

　　　　　　　請　求　額　　　　　　　　　　　　　　　円

|  |  |
| --- | --- |
| 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 |  |

　　概算払を必要とする理由

　　財政的な負担の軽減を可能な限り図り、円滑な事業執行を行うため、概算払いを希望

します。

発行責任者及び担当者

発行責任者 〇〇 〇〇（連絡先〇〇〇－〇〇〇－〇〇〇〇）

発行担当者 △△ △△（連絡先〇〇〇－〇〇〇－〇〇〇〇）