（様式第４号）

給付金交付請求書

令和　　年　　月　　日

岡山県知事 殿

所在地：

団体名：

代表者：　　　　　　　　　　　印

金　　　　　　　　　　　　　　　円也

　　　令和　年　月　日付け岡山県指令保医第　　号で交付決定及び額の確定のあった、岡山県周産期・小児医療施設支援事業費給付金を上記のとおり請求します。

　　　　　振込先

|  |  |
| --- | --- |
| 金融機関名 |  |
| 支店名 |  |
| 預金種別 |  |
| 口座番号 |  |
| （ﾌﾘｶﾞﾅ）  口座名義人 |  |

発行責任者の氏名及び連絡先並びに担当者の氏名及び連絡先の記載があるものは、押印を省略できる。