（様式第６号）

**補 助 金 請 求 書**

　　年　　月　　日

岡山県知事　　　　　　　　　様

 　　　　　　　　　　　　　　　　　所在地：

団体名：

代表者：　　　　　　　　　　　印

請求額　　　　　　　　円

　　　令和　年　月　日付け岡山県指令保医第　　号で額の確定通知のあった岡山県地域連携周産期支援事業（分娩取扱施設）費補助金を上記のとおり請求します。

振込先

|  |  |
| --- | --- |
| 金融機関名 |  |
| 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。