令和７年　　月　　日

　　岡山県知事　伊原木　隆太　　殿

補助事業者　住　　　　　所

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　法人（団体）名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　医療機関名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　代表者職氏名

補助金精算払請求書

令和７年３月３１日付け、岡山県指令保医第　　　　　　　号で額の確定を受けた

令和６年度岡山県地域医療介護総合確保基金事業補助金について、次のとおり請求し

ます。

記

１　補助金名　　令和６年度岡山県地域医療介護総合確保基金事業補助金

　　　　　　　　　　（新人看護職員研修事業）

２　請 求 額 　 円

３　振 込 先

|  |  |
| --- | --- |
| 銀行名・支店名 | 銀行　　　　　　　　支店 |
| 預金種別(該当する方に○をしてください) | 普通　　・　　当座 |
| 口座番号 |  |
| （ フ リ ガ ナ ）口座名義人 |  |

※振込先は、県に登録済みのものをご記入ください。県に登録がない場合には

補助事業者名義の希望する振込先を記入してください。

＜発行責任者及び担当者＞

発行責任者：

担　当　者：

令和７年　　月　　日

**記載例(押印省略)**

**月日は空欄としてください。**

　　岡山県知事　伊原木　隆太　　殿

　補助事業者　住　　　　　所　岡山市北区〇〇

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　法人（団体）名　医療法人　〇〇

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　医療機関名　〇〇病院

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　代表者職氏名　理事長　〇〇〇〇

補助金精算払請求書

**番号は空欄としてください。**

令和７年３月３１日付け、岡山県指令保医第　　　　　　　号で額の確定を受けた

令和６年度岡山県地域医療介護総合確保基金事業補助金について、次のとおり請求し

ます。

記

１　補助金名　　令和６年度岡山県地域医療介護総合確保基金事業補助金

　　　　　　　　　　（新人看護職員研修事業）

２　請 求 額 　 ３９５，０００ 円

**精算額を記載してください。**

３　振 込 先

|  |  |
| --- | --- |
| 銀行名・支店名 | ○○銀行　　　　　○○支店 |
| 預金種別(該当する方に○をしてください) | 普通　　・　　当座 |
| 口座番号 | １２３４５６７８ |
| （ フ リ ガ ナ ）口座名義人 | 　　　ﾌﾘｶﾞﾅ〇〇 〇〇 |

※振込先は、県に登録済みのものをご記入ください。県に登録がない場合には

補助事業者名義の希望する振込先を記入してください

＜発行責任者及び担当者＞

発行責任者：理事長 〇〇 〇〇（連絡先086-226-××××）

担　当　者：総務課（経理班長）　岡山　桃太郎（連絡先086-226-××××）

発行責任者とは、請求書を発行するにあたり責任を有する者です。（役職名、氏名、連絡先を記入ください）、

担当者とは、事務を担当する者です（部署名、担当事務、氏名、連絡先を記入ください）

氏名は、フルネームで、連絡先は固定電話を記載ください。