別記第１３号様式（第１０条関係）

　番　　　号

元号　年　月　日

熊本県知事　　　　　様

所在地

医療機関名称

代表者氏名

指定

元号　年度熊本県小児慢性特定疾病医療機関オンライン化支援

事業補助金の交付請求について

元号　年　月　日付け　　第　号で交付確定のあった、熊本県小児慢性特定疾病医療機関オンライン化支援事業補助金として、下記の金額を交付されるよう熊本県補助金等交付規則第１６条の規定により請求します。

記

１　請求額　　　　金　　　　　　円

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

２　振込先口座情報

※振込先口座については、病院開設者名義の口座でお願いします。

（病院名の場合は、補助金受領の権限を委任する旨の委任状等が必要です。）

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 担当 | 所管部署名 | 担当者氏名 | 電話番号 |
|  |  |  |
| メールアドレス |  | |