　別記第９号様式（第１１条関係）

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 令和　年度（　　　　年度）在宅医療等に係る特定行為看護師等養成支援  事業費補助金交付請求書  　　　年　　月　　日付け　第　　　号で確定の通知があった令和　年度（　　　　年度）在宅医療等に係る特定行為看護師等養成支援事業費補助金として、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  請求額　　金　　　　　　　円  （市町村の場合は記入不要） | | | | |
|  | １　　口　　座　　振　　替　　払 | | |  |
|  | 金融機関名 | ○○銀行○○支店 |
| 預金種目 | １普通　２当座 |
| 口座番号 |  |
| 口座名義 |  |
| ２　　直　　　　　接　　　　　払 | | |
| ３　　送　　　　　金　　　　　払 | | |
| 年　　月　　日  　 住所  （補助事業者）  　 氏名  熊本県知事　　　　　　　　様 | | | | |

※申請者の押印を省略する場合

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 書類発行責任者： |  | 連絡先電話番号： |  |
| 担当者： |  | 連絡先電話番号： |  |