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： |  |