（様式第７号）

長野県医療意見書電子化等推進事業補助金交付請求書

番　号

令和　　年　　月　　日

　長野県知事　様

補助事業者

（所在地）

（名　称）

（代表者）

　令和　　年　　月　　日付け長野県達　　　第　　 号で額の確定のあった令和　　年度長野県医療意見書電子化等推進事業補助金を、下記のとおり交付してください。

記

金　　　　　　　円

【補助金の振込先口座】

|  |  |
| --- | --- |
| 金融機関名 |  |
| 支店等名 |  |
| 口座の種類 |  |
| 口座番号 |  |
| （フリガナ）  口座名義人 |  |