（様式第10号）

医療施設施設等整備費補助金概算払請求書

第　　号

令和　　年　　月　　日

　長野県知事　阿　部　守　一　様

補助事業者

（所　 在 　地）

（名称・代表者）

　令和　　年　　月　　日付け長野県指令　　感第　　　号で交付決定のあった　令和　　年度医療施設施設等整備費補助金（新興感染症対応力強化事業（協定締結医療機関　　　整備事業））を下記のとおり概算払いしてください。

記

１　交付決定額　　　金　　　　　　　　　　円

２　今回請求額　　　金　　　　　　　　　　円

※振込先口座

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