別記様式第４号（第７条関係）

群馬県地域医療介護連携感染症予防・対策事業費補助金　概算払請求書

　　年　　月　　日

　群馬県知事　　　　　　宛て

　　　　　　　　　　　　補助事業者

|  |  |
| --- | --- |
| 名称 |  |
| 代表者職・氏名 |  |
| 所在地 |  |

　下記１により交付決定を受けた群馬県地域医療介護連携感染症予防・対策事業について、群馬県地域医療介護連携感染症予防・対策事業費補助金交付要綱第７条の規定により下記２のとおり概算払を行うよう請求する。

記

１　対象事業

|  |  |
| --- | --- |
| 交付年度 | 　　年度 |
| 交付決定を受けた日 | 　　年　　月　　日 |
| 交付決定の指令番号 | 　　第　　－　　号 |

２　概算払の内容

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 交付決定額 | ① | 円 |
| 前回までの請求額 | ② | 円 |
| 今回の請求額 | ③ | 円 |
| 差し引き残額　①－②－③ |  | 円 |

|  |  |
| --- | --- |
| 請求の理由 |  |

　　　　　　　　　　　　担当者

|  |  |
| --- | --- |
| 所属 |  |
| 郵便番号・所在地 | 〒 |
| 氏名 |  |
| 電話番号 |  |
| メイルアドレス |  |