別記様式第４号（第９条関係）

第　　　　　号

　　年　　月　　日

　群馬県知事　　　　　　　あて

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　基金事業者

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　所在地

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　法人名・団体名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　代表者職・氏名

　　　　　　　年度群馬県地域医療介護総合確保基金事業費補助金概算払請求書

　　　　　年　　月　　日付け群馬県指令健福第　　号で交付決定を受けた事業について、群馬県地域医療介護総合確保基金事業費補助金交付要綱（介護従事者の確保に関する事業）第９条の規定に基づき、下記により金　　　　　　　　　円を概算払によって交付されたく請求します。

記

１　事業の名称

２　交付決定額

３　今回請求額

４　残　　　額

５　請求の理由