**請 求 書**

宛先

〒330-9301
さいたま市浦和区高砂3-15-1
埼玉県庁 感染症対策課 企画・宿泊療養担当 行き

封筒に「救急・周産期・小児医療体制確保事業（設備整備）補助金請求書　在中」と朱書きをお願いします。

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　令和　　年　　月　　日

県支出日との関係で、空欄のまま、郵送にて提出

　（宛先）

埼 玉 県 知 事　　大 野 元 裕

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　開　設　者　　医療法人コバトン会

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　理事長○○　○○

　　　　　　　　　　　　　　住　　　所　　〒

忘れずに代表者印を押印

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　埼玉県○○市○○

交付決定額ではなく、様式第３号「補助金事業実績報告書」の**「補助金精算額」**を記入。

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　医療機関名　　コバトン病院

**金　１，０００，０００　円**

必要事項を正しく記入

（金融機関名は支店まで記入）

　令和２年度埼玉県新型コロナウイルス感染症を疑う患者受入れのための救急・周産期・小児医療体制確保事業（設備整備）補助金として、上記金額を支払われたく請求します。

補助金毎の請求となるため、他の補助金との混同に注意

必要事項を正しく記入（金融機関名は支店名まで記入）

**振 込 先 （以下の口座に振り替えてください。）**

|  |  |
| --- | --- |
| 金融機関名・支店名 | 　**〇〇**銀行　　　　　　　**〇〇**支店 |
| 口座種別・口座番号 | 　普通　・　当座　　　№　**12345** |
| 口座名義 | **医療法人コバトン会　コバトン病院** |
| カナ名義 | **イ）コバトンカイ** |
| 債権者コード | 通帳の表紙裏に印字された**「カナ名義」**を記入 |

　　※「カナ名義」欄には、**通帳の表紙裏**に印字された「**カナ名義**」を正しく御記入ください。

　　※預金通帳の**コピー（表紙と見開きの2箇所）**を必ず添付してください。

　　※「債権者コード」欄には、埼玉県に登録がある場合のみ御記入ください。