**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「帰国者・接触者外来等設備整備事業補助金請求書　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　埼玉県帰国者・接触者外来等設備整備事業補助金として、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。