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

令和○年○月○日

　群馬県知事　山本一太　宛て

　　　　　　　　　　　　補助事業者

|  |  |
| --- | --- |
| 名称 | ○○○○○○医師会 |
| 代表者職・氏名 | 会長　○○　○○ |
| 所在地 | 前橋市大手町１－１－１ |

　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 | 令和○年度 |
| 交付決定を受けた日 | 令和○年○○月○○日 |
| 交付決定の指令番号 | 健長第１０－○○号 |

２　概算払の内容

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 交付決定額 | ① | 981,000円 |
| 前回までの請求額 | ② | 0円 |
| 今回の請求額 | ③ | 981,000円 |
| 差し引き残額　①－②－③ |  | 0円 |

|  |  |
| --- | --- |
| 請求の理由 | 現預金の不足が見込まれるため。 |

　　　　　　　　　　　　担当者

|  |  |
| --- | --- |
| 所属 | ○○○○○○医師会 |
| 郵便番号・所在地 | 〒371-8570　前橋市大手町１－１－１ |
| 氏名 | ○○　○○ |
| 電話番号 | 027-897-2653 |
| メイルアドレス | houkatsukea@pref.gunma.lg.jp |