

様式第3号（第6条関係）

貴院の文書番号がある場合に記入
※ない場合は空欄となります

〇〇病院第〇〇〇号
令和5年11月9日

福岡県知事 殿

設置者名（医療法人等）+ 医療機関名を記入

所在地 福岡市博多区東公園〇-〇
事業者名 医療法人〇〇会 〇〇病院
代表者氏名 理事長 福岡 一郎
(署名又は記名押印)

設置者の代表者名を記入
(法人の場合は理事長名。院長名は不可。)

福岡県新型コロナウイルス感染症院内感染発生医療機関支援事業費
補助金交付申請書

このことについて、福岡県新型コロナウイルス感染症院内感染発生医療機関支援
事業費補助金交付要綱第6条の規定に基づき、下記により補助金を交付されるよう関係
書類を添えて申請します。

交付申請額の千円未満は切捨て
※様式第3号別紙(1)区分(H)と一致させてください。

- 1 交付申請額 金 **4,553,000** 円
- 2 経費所要額調書 (別紙(1)のとおり)
- 3 事業計画書 (別紙(2)のとおり)
- 4 支出予定額内訳 (別紙(3)のとおり)
- 5 添付書類
(1) 誓約書
(2) 歳入歳出予算書抄本
(3) その他参考となる書類

支払先の口座が県に登録がある場合に記入
※登録がない場合または不明な際は御連絡ください。

- 6 支払先口座情報 (通帳の写しを添付 (2)~(7)を確認できる部分)

項目	記入欄
(1) 債権者番号(6から始まる8桁の番号)※	61234567
(2) 銀行・支店名(全角漢字仮名)	〇〇銀行〇〇支店
(3) 銀行・支店コード番号※	1234 100
(4) 口座種別(当座・普通の別)	普通
(5) 口座番号(半角英数字)	9876543
(6) 口座名義人(全角漢字仮名)	医療法人〇〇会 〇〇病院 理事長 福岡 一郎
(7) 口座名義人(半角カナ)	イ)〇〇カイ 〇〇ビョウイン

※(1)債権者番号 (3)銀行・支店コード番号は分かる範囲で記入。