様式第４号（第１０条関係）

希望する医療機関のみ

番　　　　　　　号

年　　月　　日

福　岡　県　知　事　　殿

　　　　　所 在 地

　　　　　法 人 名

　　　　　代表者名

　　　年度福岡県地域医療勤務環境改善支援事業費補助金概算払請求書

　　　年　　月　　日　第　　　　号をもって交付決定のあった、　　年度福岡県地域医療勤務環境改善支援事業費補助金について、金　　　　　　　円を概算払いにより交付されたく請求します。

記

１　交付決定額　　　　　　　金　　　　　　　　　　　　　　　円

２　概算払請求額　　　　　 金　　　　　　　　　　　　　　　円