様式第７号（第８条関係）

第　　　　号

年　　月　　日

福岡県知事 殿

所　在　地

事業者名

代表者氏名

令和５年度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

費補助金概算払請求書

　　　年　　月　　日付け 　　第 号で交付決定を受けた標記補助金について、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８条の規定に基づき、下記のとおり概算払されるよう請求します。

記

　　１　交付決定額　　　金　　　　　　　　　　円

　　２　既受領額　　　金　　　　　　　　　　円

　　３　今回請求額　　　金　　　　　　　　　　円