第２号様式（第６条、第１４条関係）

番　　号
年　　月　　日

奈良県知事　　殿

住　所

名　称

代表者職・氏名

地域医療勤務環境改善支援事業補助金請求書
（概算払・精算払）

年　　月　　日付け奈良県指令　　第　　号の　　をもって交付決定の通知があった標記の補助金について、地域医療勤務環境改善支援事業補助金交付要綱第６条又は第１４条の規定により、下記のとおり請求します。

記

１　請求額　　金　　円也

２　振込先

金融機関		支 店 名	本店・支店
預金種目	１　普通　２　当座	口座番号	
フリガナ			
口座名義			