

令和 年 月 日

岩手県知事 達 増 拓 也 様

所在地：

施設名称：

代表者名：

印

概算払請求書

令和 年 月 日付け岩手県指令第 号で交付決定の通知のあった医療機関・薬局等感染拡大防止対策支援事業費補助金について、医療機関・薬局等感染拡大防止支援等支援事業費補助金交付要綱第7条第1項及び第2項の規定に基づき、下記のとおり請求します。

記

	金	円
1 補助金交付決定額		円
2 概算払受領済額		円
3 今回請求額		円
4 残 額		円