別記様式第３

新型コロナウイルス感染症対策救急等医療提供体制確保事業協力金請求書

金　　　　　　　　円

　　令和５（2023）年３月15日付け栃木県指令医政第　　－　号で交付の決定があった栃木県新型コロナウイルス感染症対策救急等医療提供体制確保事業協力金を上記のとおり交付されるよう請求します。

　　令和５年３月16日

栃木県知事　福田　富一　様

請求者

所在地

　　　　　　　　　　　　　　　　　 法人名

　　　　　　　　　　　　　　　　　 代表者名

※代表者印押印省略の場合に記載

【発　行　者】

　　　発行責任者名：

連絡先　　　：

　　　担当者名　　：

連絡先　　　：

【振込先】

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 金融機関名 | 銀行　　　支店 | | |
| 口座種別 | 普通・当座 | 口座番号 |  |
| フリガナ |  | | |
| 口座名義 |  | | |

記載例

県から送付した「算定額決定通知書（別記様式第１）」の金額を記入

別記様式第３

新型コロナウイルス感染症対策救急等医療提供体制確保事業協力金請求書

金　　　　　　　　円

　　令和５（2023）年３月15日付け栃木県指令医政第　　　－　号で交付の決定があった栃木県新型コロナウイルス感染症対策救急等医療提供体制確保事業協力金を上記のとおり交付されるよう請求します。

文書番号は空欄で提出

　　令和５年３月16日

栃木県知事　福田　富一　様

請求者

所在地

請求者の押印省略可能

※押印省略の場合、【発行者】欄の記載が必要です

　　　　　　　　　　　　　　　　　 法人名

　　　　　　　　　　　　　　　　　 代表者名

※代表者印押印省略の場合に記載

【発　行　者】

振込先が請求者と異なる場合には、委任状が必要となります。

委任状は押印が必要ですので、原本を郵送にて御提出ください

　　　発行責任者名：

連絡先　　　：

　　　担当者名　　：

連絡先　　　：

【振込先】

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 金融機関名 | 銀行　　　支店 | | |
| 口座種別 | 普通・当座 | 口座番号 |  |
| フリガナ |  | | |
| 口座名義 |  | | |