第５号様式（第８条関係）

文書番号

　年　月　日

福島県知事

住　　所

法人名等

代表者名

担当者名

電話番号

福島県地域医療介護総合確保基金事業補助金概算払請求書

　　　　　年　　月　　日付け福島県指令　　第　　　　号で交付決定のあった福島県地域医療介護総合確保基金事業補助金について、下記のとおり概算払いにより交付してくださるよう請求します。

記

１　補助事業名

２　概算払請求金額

　　金　　　　　　　　　　　　　円

３　添付書類