

様式 7

新型コロナウイルスワクチン接種体制支援事業にかかる職域接種  
補助金請求書

一金 \_\_\_\_\_ 円

令和 年 月 日付け三重県指令医保第 ー 号で交付決定を受けた新型コロナウイルスワクチン接種体制支援事業にかかる職域接種補助金について、上記の金額を交付されたく請求します。

交付決定額	円
既受領額	円
今回請求額	円
不要額	円

令和 年 月 日

所在地：  
事業者名：  
代表者職名・氏名：  
発行責任者：  
連絡先電話番号：

三重県知事 あて

**振替又は送金先**

金融機関名 銀行 支店  
口座番号（普・当） No.  
口座名義 フリガナ