第７号様式

三重県臨床調査個人票及び医療意見書電子化推進事業費補助金請求書

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　月　日

三重県知事　あて

医療機関開設者

名称

代表者氏名　　　　　　　　　　　印

　令和　　年　　月　　日付け　　第　　　　号で額の確定のあった標記補助金について、下記のとおり請求します。

記

 請求金額 金　　　　　　　　　　円

＊口座振込先

 ・金融機関名　　　〇〇銀行　　〇〇支店

　・口座名義人（カナ書き）

　・普通、当座預金の別

　・口座番号