# 様式第５号

令和　　年　　月　　日

岡山県知事殿

所 在 地

請求者　名　　称

　法人番号

　代表者名

医療機関オンライン化支援事業補助金請求書

　　　　年　　月　　日付け、岡山県指令保医第　　　号をもって交付額の確定通知のあった補助金について、岡山県医療機関オンライン化支援事業補助金交付要綱第11条の規定により、下記のとおり請求します。

記

１　補助金請求額　　　　　　　　金　　　　　　　円

　　　２　支払口座

1. 金融機関名
2. 店舗名
3. 預金種別
4. 口座番号（７桁）
5. 口座名義人（カナ）

　　　３　請求書の発行責任者及び担当者

1. 発行責任者　所　属：　　　　　　　　　氏名：

　　　　　　連絡先：

1. 担当者　　　所　属：　　　　　　　　　氏名：

　　　　　連絡先：