

(注) 代表者印の押印を省略する場合、手書きの記載は一切不可
手書きで発行責任者(および担当者)の記載は、押印省略の場合には
認められませんのでご注意ください。
手書き部分がある場合には、代表者印の押印をお願いします。

第 号
令和6年4月12日

石川県知事 様

所在地 石川県〇〇市〇〇町
名称 〇〇〇〇〇〇〇〇
代表者氏名 理事長 〇〇 〇〇〇

取引銀行 〇〇銀行 〇〇支店
口座種類 普通 口座番号〇〇〇〇〇〇〇
口座名義〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇

令和5年度結核予防事業補助金精算請求書

令和6年3月31日付健第10069号により補助金の額の確定通知があった結核予防事業補助金として、下記金額を交付されるよう石川県補助金交付規則及び石川県結核予防事業補助金交付要綱の規定により請求いたします。

請求額	金 33,733円
内 訳	
交付決定額	33,733円
(交付済額)	0円
(精算請求額)	33,733円
(残 額)	0円

発行責任者と担当者は苗字だけでなく、氏名をフルネームで記載してください。

※発行責任者と担当者は同一でも構いません。

<発行責任者>

役職又は所属：健康推進課長

氏 名：石川 太郎

T E L：076-225-0000

<担当者>

役職又は所属：健康推進課主事

氏 名：石川 花子

T E L：0760225-0000