第２号様式

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **請 求 書**  （アラビア数字で記載、頭書に￥の記号を付し、訂正しないでください。） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | 金 額 | | |  | | 十 | | 億 | | 千 | | | 百 | | 十 | | | 万 | | 千 | | | 百 | | 十 | 円 | |  | | | |
| ただし、病床機能分化連携等検討支援事業補助金として  内 訳  上記の金額を請求します。  年 月 日    香川県知事 　　　　　　　　　 **殿**  住 所    債権者  （フリガナ） 法人にあっては、  氏 名 その名称及び代  表者の職氏名 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | 支払の  方 法 | 口 座  振替払 | | 銀行 （支）店 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 現金払 | | | 隔地払  県外  送金 | | | 小切手払 |  |
| 貯金種目 | 当座 | | 普通 | | 口座番号 | |  | |  |  | |  | |  |  | |  | |  |  | |
| (ﾌﾘｶﾞﾅ)  口座  名義 |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| １ 希望する支払の方法の□の箇所にレ印を付してください。  おねがい  ２ 口座振替払は、貯金口座のある金融機関の店舗名、口座番号及び口座名義を記載してく  ださい。なお、預金種目欄にあっては、該当する預金種目の□箇所にレ印を付してくださ  い。  ３ 現金払は、指定金融機関の店舗名を記載してください。  ４ 請求者と受領書が委任により異なる場合は、受領権限についての委任状を添付してくだ  さい。  ５ 印影届は、現金払の場合に請求印と同じ印（代理受領者にあっては、代理受領者の印）  を押してください。  ６ 請求金額の内訳書は、請求印をもって本書と割印の上、添付してください。  責任者氏名 所属　　　　　　役職名　　　　　氏名  担当者氏名 所属　　　　　　役職名　　　　　氏名  連 絡 先 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | |
| 印 影 届 | | |
|  | | |

・請求者の押印（個人印又は法人代表者印）がある場合は、責任者及び担当者の氏名並びに連絡先の記載は不要です。

・「責任者氏名」及び「担当者氏名」には所属名及び役職名を記載するとともに、フルネームで氏名を記載してください。

・「責任者」は、役職に関わらず、請求書に係る事務を担当する部門の長を指します。

・「担当者」は、請求書に係る事務を担当する部門の者を指します。

・責任者及び担当者が同じ者の場合は、責任者及び担当者氏名として記載してください。

・個人の場合は、上記と同様に責任者及び担当者氏名として記載してください。

・「連絡先」は、固定電話としてください。固定電話を設置していない場合は、携帯電話番号としてください。