様式第６号

令和５年度愛知県医療従事者応援金請求書

金　　　　　　　　　　　　円

上記のとおり請求します。

　　　　年　　月　　日

　　愛　知　県　知　事　殿

　　　　　　　　　　　　　法人等（補助事業者）住所

　　　　　　　　　　　　　法人名等（補助事業者名）

　　　　　　　　　　　　　代表者職・氏名

　　　　　　　　　　　　　受入病院所在地

受入病院名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　連絡担当者氏名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　（文書交付先）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号

　　　　　　　　　　　　　　　　　　メールアドレス

補助金の振込先



※ゆうちょ銀行口座の場合は、銀行コード(９９００)、振込専用の店番(３桁)、口座番号(７桁)を記入