＜参考：請求書様式＞

【全補助事業者提出書類】

誤記が生じた場合は、新しい用紙に書き直してください

請　求　書

別紙様式２の補助金精算額、別紙様式２－１の補助交付決定額（Ｉ）と同額です。

金○○○，○○○円

　令和６年度産科医等支援事業費補助金（産科医等確保支援事業分）に係る経費について

上記の金額を請求します。

**請求書の日付は空欄にしてください**。

　　年　　月　　日

　　　　　　　　　　　　　住所：

　　　　　　　　　　　　　法人名等：

　　　　　　　　　　　　　代表者名：

押印は不要です

住所、法人名、施設名、代表者職名・氏名等は、交付申請書と同様に記入してください。

**振込先、口座番号、名義は正しく記載してください。**

**【１事業者でも誤りがあると、全ての補助事業者に対して支払い手続きができません。】**

金融機関：

口座番号：普通・当座

名　　義：

【御注意】

下記に該当する補助事業者様は届出書を御提出下さい。

・以前補助を受けた補助事業者様：振込先、口座番号、名義等に変更がある場合のみ提出

・今年初めて補助を受け、原本未提出の補助事業者様