

第8号様式 (用紙 日本産業規格A4縦長型)

神奈川県知事 殿

最終(変更)交付決定の文書番号を記載ください。  
未着の場合は空欄のままとしてください。

報告者氏名の欄に  
医療機関名+(法人名)+代表者名  
をご記載ください。

令和5年〇月〇日

郵便番号 111-1111

所在地 神奈川県横浜市〇〇区〇〇町1-1

請求者氏名又は名称 (法人の場合は代表者氏名も記載)

医療法人社団〇〇会 〇〇病院 〇〇 〇〇

令和5年度神奈川県新型コロナウイルス感染症緊急包括支援補助金 (医療分)  
支払請求書

令和5年 月 日付け健総第XXXX号をもって交付決定のあった令和5年度神奈川県新型コロナウイルス感染症緊急包括支援補助金 (医療分) の精算払いを受けたいので、神奈川県新型コロナウイルス感染症緊急包括支援補助金 (医療分) 交付要綱第14条第2項の規定に基づき、次のとおり請求します。

1 金 1,500,000 円也

「額の確定通知(通知)」に記載されている交付決定額を記載してください。

2. 請求額の内訳

6号様式の精算額と一致させてください。

①	交付決定額	5,000,000	円	
②	確定額	1,500,000	円	実績額
③	既受領額	0	円	
④	今回請求額	1,500,000	円	②-③
⑤	残額	0	円	②-(③+④)

3. 補助金振込先

提出の際は必ず  
カナの口座名義  
が確認できる口座  
の見開きページの  
写しを添付  
してください。

金融機関名	〇〇	〇〇 本店・支店
金融機関コード	1111	111
口座番号	普通・当座	111111
口座名義 (カナ)	イ) 〇〇カイ〇〇ビヨウイン	