様式第９号（第１６条関係）

　　　　年　　月　　日

　一般社団法人　しまね地域医療支援センター

　　理　事　長　　　様

グループ名

申請者住所

所属機関

申請者氏名　　　　　　　　　　　　　　　　㊞

　　　　年度若手医師自主企画助成金 概算払（精算払）請求書

　　　　年　　月　　日付 し地医第　　号で交付決定の通知があった若手医師自主企画助成金について、下記のとおり若手医師自主企画助成金交付要綱第１６条の規定により請求します。

|  |  |
| --- | --- |
| 交付決定（確定）額 | 円 |
| 概算払受領済額 | 円 |
| 今回請求額 | 円 |
| 残　　　額 | 円 |

上記助成金は、次の口座へ振込んでください。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 口座  振込先 | 金融機関名 | | 本支店名 | 種目 | 口座番号(右づめ) | | | | | | |
| 銀　　行  信用金庫  信用組合  協同組合 | | 支　店  出張所  　　　　　　　（　　　　 　） | 普通  当座  貯蓄 |  |  |  |  |  |  |  |
| フリガナ |  | | | | | | | | | |
| 口座名義人 |  | | | | | | | | | |

※インターネットバンクは除く