番　　　　　号

年　　月　　日

佐賀県知事　　　　　　　　　　様

住　　　　　所

法 人 等 名 称

代表者職、氏名

令和５年度佐賀県臨床調査個人票電子化等推進事業補助金交付請求書

　令和　年　月　日付け健政第　　　号で確定通知のあった標記補助金について、下記金額を交付されるよう令和５年度佐賀県臨床調査個人票電子化等推進事業補助金交付要綱第９条の規定に基づき請求します。

記

請　求　額　　金　　　　　　　　　円

【振込先】

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 金融機関名 |  | 支店名 |  |
| 預金種別 |  | 口座番号 |  |
| フリガナ |  | | |
| 口座名義 |  | | |