様式第５号（第14条関係）

　　年　　月　　日

大 阪 府 知 事　様

　　　　　　　　　　　　　住所又は所在地

　　　　　　　　　　　　　氏名又は名称

　　　　　　　　　　　　　（法人の場合にあっては、その名称及び代表者の職･氏名）

大阪府特定健診情報等連携促進事業補助金交付請求書（　　年度分）

　大阪府特定健診情報等連携促進事業補助金交付要綱第14条第２項ただし書の規定による概算払いを受けたいので、同条第２項の規定により補助金の交付を下記のとおり請求します。

記

|  |  |
| --- | --- |
| 請求額 | 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　円 |
| 交付決定額 | 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　円（　　　年　月　日付け大阪府指令健第　　号により交付決定） |
| 内 訳 | 既受領額 | 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　円 |
| 今回請求額 | 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　円 |
| 残額 | 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　円 |