

様式第4号（第6条関係）

千葉県発熱患者等診察協力支援金請求書

年 月 日

（あて先）千葉市長

請求者 住所又は所在地

開設者名

㊟

※ 申請者（法人にあってはその代表者）が自署しない場合は、
記名押印すること。

年 月 日付けで支給の決定のあった千葉県発熱患者等診察協力支援金について、千葉県発熱患者等診察協力支援金要綱第6条の規定により、次のとおり請求します。

支給対象となる診療所		
請求額		1,000,000円
振込先口座	金融機関名	
	支店名	
	預金種別	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座
	口座番号	
	口座名義 (カタカナ)	
	口座名義 (漢字)	