

様式第8号（用紙 日本産業規格A4縦型）

請 求 書

金 円

ただし、年 月 日付け 第 号により補助金の交付の確定を受けた産科医等確保支援事業の補助金として、上記のとおり請求します。

年 月 日

静岡県知事 様

所在地  
名 称  
代表者

（注） 法人その他の団体にあつては、以下の項目についても記載すること。  
責任者 職・氏名  
作成者 職・氏名