請　求　書

金　　　　　　　　円

　　　令和５年度産科医等支援事業費補助金（新生児医療担当医確保支援事業）に係る経費について

上記の金額を請求します。

　　年　　月　　日

　　　　　　　　　　　　　住所：

　　　　　　　　　　　　　法人名等：

　　　　　　　　　　　　　代表者名：

愛知県知事殿

金融機関：

口座番号：

名　　義：