様式第５号

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　第　　　　　　号

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　　　　年　　月　　日

福井県知事　杉本　達治　様

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（請求事業主）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　所 在 地

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　名　　称

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　代表者名

職域がん検診受診体制整備奨励金請求書

　　　　　年　　月　　日付けで奨励金の支給決定の通知があった職域がん検診受診体制整備奨励金について、下記のとおり支給および交付されるよう、職域がん検診受診体制整備奨励金実施要綱第１０条の規定に基づき請求します。

記

請求金額　　金　　　　　　　　　円

【発行責任者】

 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　所　属：

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏　名：

【担当者】

　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　　 所　属：

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 氏　名：

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　連絡先：