

(注) 代表者印の押印を省略する場合、手書きの記載は一切不可
手書きで発行責任者(および担当者)の記載は、押印省略の場合には
認められませんのでご注意ください。
手書き部分がある場合には、代表者印の押印をお願いします。

第 号
令和7年4月10日

石川県知事 様

所在地 石川県〇〇市〇〇町
名称 〇〇〇〇〇〇〇〇
代表者氏名 理事長 〇〇 〇〇〇

取引銀行 〇〇銀行 〇〇支店
口座種類 普通 口座番号〇〇〇〇〇〇〇
口座名義〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇

令和6年度結核予防事業補助金精算請求書

令和7年3月31日付健第3379号により補助金の額の確定通知があった結核
予防事業補助金として、下記金額を交付されるよう石川県補助金交付規則及び石川県
結核予防事業補助金交付要綱の規定により請求いたします。

請求額	金 33,733円
内 訳	
交付決定額	33,733円
(交付済額)	0円
(精算請求額)	33,733円
(残 額)	0円

発行責任者と担当者は苗字だけ
でなく、氏名をフルネームで記
載してください。

※発行責任者と担当者は同一で
も構いません。

<発行責任者>

役職又は所属：健康推進課長

氏 名：石川 太郎

T E L：076-225-0000

<担当者>

役職又は所属：健康推進課主事

氏 名：石川 花子

T E L：0760225-0000