様式第３号

請　　　求　　　書

金 円也

ただし、令和　　年度島根県病床数適正化支援事業費給付金

 　 交付決定額 円

 　 受領済み額 円

 　おって請求する額 円

　上記のとおり請求します。

 令和　　年　　月　　日

 　 　　　所　在　地

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　補助事業者名

　　　島根県知事　様