第10号様式（第16条関係）

　　　　令和　　年　　月　　日

高知県知事　様

請求者住所

(法人の場合は、主たる事務所所在地)

請求者名(病院の開設者)

(法人の場合は、法人名及び代表者職氏名)

高知県薬剤師奨学金返還支援事業費補助金支払請求書

令和　　年　　月　　日付け　　　　第　　　号で補助金の交付額の確定がありました高知県薬剤師奨学金返還支援事業について、高知県薬剤師奨学金返還支援事業費補助金交付要綱第16条の規定により、下記のとおり支払請求書を提出します。

記

請　求　額　　　　　　金　　　　　　　　　　円

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 振込先 | 金融機関名 | 支店名 | 預金種別 | 口座番号 |  |
|  |  | １当座  ２普通 |  |  |

　　　　　　　　　　　　　　　　発行責任者　氏　　名：

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（電話番号：　　　　　　　　　　　　）

　　　　　　　　　　　　　　　　担　当　者　氏　　名：

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（電話番号：　　　　　　　　　　　　）