

年 月 日

横浜市小児訪問看護を行う訪問看護ステーション研修受講料補助金  
交付請求書

横浜市長

申請者住所  
法人名  
代表者職氏名 印

年 月 日（ここには決定通知の文書番号を記入）により補助金確定通知  
を受けた横浜市小児訪問看護を行う訪問看護ステーション研修受講料補助金につい  
て、次のとおり請求します。

1 訪問看護ステーション名

\_\_\_\_\_

2 補助金請求額

\_\_\_\_\_ 円

3 口座情報

下記の口座に振り込んでください。

フリガナ	
口座名義	
振込先金融機関 名・支店名等	
種目・口座番号	普通／当座 口座番号

担当  
連絡先

# 記入例

令和2年12月11日

横浜市小児訪問看護を行う訪問看護ステーション研修受講料補助金

## 交付請求書

横浜市長

理事長等の代表印  
(申請書に押した同じ印鑑)

申請者住所 横浜市中区港町1-2-3

法人名 医療法人〇〇会

代表者の職名を  
忘れずに

代表者職氏名 理事長 横浜 太郎

理〇医  
事〇療  
長〇法  
印会人

令和2年12月1日(医が第123号)により補助金確定通知を受けた横浜市小児訪問看護を行う訪問看護ステーション研修受講料補助金について、次のとおり請求します。

### 1 訪問看護ステーション名

〇〇訪問看護ステーション

送られてきた決定通知の日付、文書番号を入れる。

### 2 補助金請求額

40,000円

送られてきた決定通知の補助金額を入れる。

### 3 口座情報

下記の口座に振り込んでください。

フリガナ	イ) 〇〇カイ リジチョウ ヨコハマ タロウ
口座名義	医療法人〇〇会 理事長 横浜 太郎
振込先金融機関名・支店名等	横浜医療銀行 ミナト支店
種目・口座番号	普通/当座 口座番号 0123456

担当 事務長 神奈川 次郎

連絡先 電話045-123-4567