（別添様式３）

支 払 請 求 書

令和　　年　　月　　日

宮崎県知事　河野　俊嗣　殿

請求者	住　所	
	医療機関名	印
	代表者氏名	

請求額

金						円

ただし、令和　　年　　月分不安を抱える妊産婦への寄り添い型支援事業に係る情報提供料として

（内訳）

療養状況等情報提供書の提出先	単価（円）	提出件数（件）	金　額（円）
保健所	@2,750		
保健所	@2,750		
保健所	@2,750		
保健所	@2,750		
保健所	@2,750		

上記のとおり請求します。

口座振替申出	金融機関名	銀行・金庫 農協・（　　）	本店・営業部 支店・出張所
	預金の種類	普通　・　当座	
	口 座 番 号		
	（フリガナ） 口 座 名 義		