様式第１０号（第１３条関係）

　　年　　月　　日

福井県知事　様

　　　　　　　　　　　申請者　 住　　　　所

氏　　　　名

(発行責任者氏名

および担当者氏名)

連絡先(電話番号)

年度災害時在宅人工呼吸器電源確保事業補助金交付請求書

　　　年　　月　　日付け　第　　　　　号で額の確定の通知を受けたみだしの補助金について、災害時在宅人工呼吸器電源確保事業補助金交付要領第１３条の規定により、関係書類を添え、下記のとおり請求します。

記

１　請求金額　　　　　　金　　　　　　　　　　　　　　円