様式第９号（別表第２関係）

第　　　　　号

年　　月　　日

岩手県知事　様

補助事業者

所在地

名称

代表者名

在宅医療推進設備整備費補助金請求書

　　　年　　　月　　　日付け岩手県指令第　　　号で補助金の交付の決定の通知のあった在宅医療推進設備整備費補助金が完了したので、岩手県補助金交付規則（昭和32年岩手県規則第71号）の規定により、次のとおり補助金の交付を請求します。

記

金　　　　　　　　　　　　円