（様式第８）

文　書　番　号

年　　月　　日

国立研究開発法人医薬基盤・健康・栄養研究所

　　理事長　殿

申請者　住　　　　所

名　　　　称

登 録 番 号

代表者等氏名

（公印省略）

助成金精算払請求書

　上記の件について、抗菌薬原薬国産化支援助成金助成要綱第11条第２項の規定に基づき精算払を下記のとおり請求します。

記

１　供給確保計画認定番号

２　助成金対象事業の名称

　　（大項目）

　　（中項目）

　　（小項目）

３　精算払請求金額

　　　　金　　　　　　　　円也（うち消費税及び地方消費税額〇〇円（〇％））

　　　　　内訳

　　　　　　助成金の確定額　　　金　　　　　　円也（うち消費税及び地方消費税額〇〇円（10％））

　　　　　　概算払受領済額　　　金　　　　　　円也（うち消費税及び地方消費税額〇〇円（10％））

　　　　　　今回請求額　　　　　金　　　　　　円也（うち消費税及び地方消費税額〇〇円（10％））

　４　振込先

　　　　　　　　　　　　　銀行　　　　　支店　　　　預金

　　　　　　　　　　　　　口座番号　　　　　　　　番

　　　　　　　　　　　　　名義人

　事業番号：