（C*i*CLE様式C-1）

【課題管理番号】

令和　　年　　月　　日

国立研究開発法人日本医療研究開発機構

理事長　殿

（支払請求に権限を有する者）

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 機関名 | ： |  | |
| 所属 役職 | ： |  | |
| 氏名 | ： |  | 印 |

（代表者印又は権能受任者印）

研究開発費概算請求書

請求額　金　　　　 円也

|  |  |
| --- | --- |
| 事業名 | 医療研究開発革新基盤創成事業 |
| 研究開発課題名 |  |
| 研究開発担当者  所属 役職 氏名 |  |

上記委託研究開発について、令和○○年度（第△回目）の研究開発費の概算払を請求いたします。

［振込先指定口座]

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 金融機関名 |  | 支店名 |  |
| 預金種目  （どちらかに○をしてください） | 普通 ・ 当座 | 口座番号 |  |
| 口座名義（フリガナ） |  | | |
| 口座名義（漢字） |  | | |

注

1) 「口座名義（漢字）」「口座名義（フリガナ）」は、金融機関へお届けの名義を正確にご記入ください。

2) 年度の途中にマイルストーンが設定されている場合、当該年度１回目の請求では、マイルストーンまでの概算請求を行ってください。（マイルストーン通過後に、改めてマイルストーン後の概算請求を行ってください。）前払い等の予定があり概算請求可能額を超える請求が必要な場合は、ご相談ください。