様式第６号

年　　月　　日

愛知県知事　殿

　　　　　　　　　　　　　　　　　住　　　　　所

　　　　　　　　　　　　　　　　　医療機関名

　　　　　　　　　　　　　　　　　代表者職・氏名

令和２年度愛知県回復患者転院受入医療機関応援金事業実績報告書

　　　　年　 月　 日付け　　　 第 　 号で交付決定のあった令和２年度愛知県回復患者転院受入医療機関応援金については、下記のとおり使用しましたので、当該交付要綱第１１条の規定に基づき、報告します。

記

金　　　　　　　円

（内訳）

|  |  |
| --- | --- |
| 用途 | 金額 |
|  | 円 |
|  | 円 |
|  | 円 |
| 合計 | 円 |

※本書の提出にあたっては、用途の根拠となる新型コロナウイルス感染症から回復した患者を担当した職員の給与明細、当該患者のために購入した物品の納品書・請求書の写し等、上記用途を証明するための書類を添付すること。