様式第１号

令和　年　　月　　日

愛知県知事　殿

　　　　　　　　　　　　　法人等（補助事業者）住所

　　　　　　　　　　　　　法人名等（補助事業者名）

　　　　　　　　　　　　　代表者職・氏名

　　　　　　　　　　　　　受入病院所在地

受入病院名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　連絡担当者氏名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　（文書交付先）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号

　　　　　　　　　　　　　　　　　　メールアドレス

令和５年度愛知県回復患者転院受入医療機関応援金交付申請書

　「令和５年度愛知県回復患者転院受入医療機関応援金交付要綱」に基づき、下記のとおり応援金の交付を申請します。なお、証拠書類は別添のとおりです。

記

応援金交付申請額　　金　　　　　　　　　　円

（交付基準額）

|  |  |
| --- | --- |
| 受け入れた患者の人数 | 基　準　額 |
| 人 | 円 |

　　　添付書類（１）令和５年度愛知県回復患者転院受入医療機関応援金所要額調書（別紙１）

（２）令和５年度愛知県回復患者転院受入医療機関応援金使用計画書（別紙２）

（３）令和５年度新型コロナウイルス感染症回復患者転院受入報告書（別紙３）