

様式第2号

請求書

島根県知事 様

島根県医療機関等における賃上げ・物価上昇に対する支援事業費給付金について以下のとおり請求します。

1. 請求者の情報

請求年月日		年	月	日			
医療機関	医療機関 名称				医療機関 住所 (所在地)	〒	-
	管理者職名						
	管理者氏名						
	保険医療機関コード 又はステーションコード						
開設者	法人名 (個人の場合不要)				開設者 住所 (所在地)	〒	-
	代表者 職名						
	代表者 氏名						

2. 請求額

診療所等賃上げ支援事業		円
診療所等物価支援事業		円
合計	0	円

交付決定額 0 円
受領済み額 0 円
おって請求する額 0 円