様式第１号（第４条関係）

病床機能再編支援給付金支給申請書

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 第　　　　　　号

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　　　年　月　日

　　兵　庫　県　知　事　　様

　　　　　　　　　　　　　　　　　 　住　　所

　　　　　　　　　　　　　　　　　 　団体名

　　　　　　　　　　　　　　　　　 　代表者名

電話番号

電子メール

　このことについて、　　年度病床機能再編支援事業を実施しますので、兵庫県病床機能再編支援給付金支給要綱第４条の規定により交付願いたく、関係書類を添えて申請します。

記

１　支給申請額　　　金　　　　　　　　　　　　円

２　添付書類様式第２号（第５条関係）

病床機能再編支援給付金支給決定通知書

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 第　　　　　　号

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　　　年　月　日

　　（申請者名）　　様

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　兵庫県知事　　　　　　　　印

　　年度病床機能再編支援事業給付金として下記のとおり支給することに決定したので通知します。

記

１　支給決定額　　　金　　　　　　　　　　　　円