様式第９号（精算払）

令和　年　　月　　日

　福井県知事　杉本　達治　様

　　　　　　　　　　　　　　　　（所在地）

　　　　　　　　　　　　　　　　（医療機関名）

　　　　　　　　　　　　　　　　（役職・代表者名）　　　　　　　　　印

令和２年度新型コロナウイルス感染症緊急包括支援交付金（医療分）における

新型コロナウイルス感染症を疑う患者受入れのための救急・周産期・小児医療体制確保事業補助金交付請求書

（精算払）

　　令和２年　月　　日付け福井県指令地医第○○○号で額の確定の通知があった令和２年度新型コロナウイルス感染症緊急包括支援交付金（医療分）における新型コロナウイルス感染症を疑う患者受入れのための救急・周産期・小児医療体制確保事業補助金を交付されるよう福井県補助金等交付規則第１５条の規定により請求します。

　　　交付決定額　　　　　　　　　　　　円

　　　額の確定額　　　　　　　　　　　　円

　　　既交付額　　　　　　　　　　　　円

　　　今回請求額　　　　　　　　　　　　円