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