

和歌山県新型コロナウイルス感染症に係る認知症等を伴う患者受入体制支援事業補助金 交付申請書別紙

I. 基本情報

1. 申請年月日	令和 年 月 日		
2. 医療機関の名称、代表者名	名称		代表者名
3. 医療機関番号			
4. 医療機関の住所	〒		
5. 医療機関の電話番号			
6. 担当者の所属及び氏名	所属		氏名
7. 担当者のEメールアドレス			

II. 補助金の要件等

別途和歌山県新型コロナウイルス感染症に係る認知症等を伴う患者受入体制支援事業補助金交付要綱に定めるとおり満たしている。	
---	--

III. 申請内容

1月0日		1月0日		1月0日		1月0日		1月0日		1月0日	
実支出額	申請額	実支出額	申請額	実支出額	申請額	実支出額	申請額	実支出額	申請額	実支出額	申請額
1月0日		1月0日		1月0日		1月0日		1月0日		1月0日	
実支出額	申請額	実支出額	申請額	実支出額	申請額	実支出額	申請額	実支出額	申請額	実支出額	申請額
1月0日		1月0日		1月0日		1月0日		1月0日		1月0日	
実支出額	申請額	実支出額	申請額	実支出額	申請額	実支出額	申請額	実支出額	申請額	実支出額	申請額

※申請日数が18日を超す場合は、申請書別紙-2に記載ください。

申請金額計(円)	0
----------	---

IV. 認知症等を伴う患者名等

患者名	
症状名	
症状詳細等 (可能な限り詳細に記載ください)	