様式第１号（用紙　日本産業規格Ａ４縦型）

休日等診療体制確保支援事業協力金交付申請書兼実績報告書

第　　　号

年　月　日

　　静岡県知事　氏　　　名　様

所　　 在 　　地

（開設者）名　　　　　　称

代表者役職・氏名

　　このことについて、休日等診療体制確保支援事業協力金交付要綱第４の規定により事業の実施状況を報告するとともに、協力金の交付を申請します。

記

　１　事業の実施状況　　様式第２号　事業実績書のとおり

　２　協力金申請額　　　　　　　　　円

　３　代表者本人確認口座

　　　　金融機関名

　　　　支店名

　　　　口座種別

　　　　口座番号

　　　　口座名義人（カナ）

　４　協力金の受領方法

　　　上記３の口座と異なる口座に振り込みを希望する場合は、口座情報を記載してください。

　　　　金融機関名

　　　　支店名

　　　　口座種別

　　　　口座番号

　　　　口座名義人（カナ）

＜法人が申請する場合＞

責任者　職・氏名

　担当者　職・氏名