第１号様式（第５条関係）

年　月　日

京都府知事　様

申請者　住所

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏名又は名称

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　代表者の職・氏名

ゴールデンウィーク診療・検査実施医療機関支援金支給申請書

ゴールデンウィーク診療・検査実施医療機関支援金支給要領に基づき、下記のとおり支援金の支給を申請します。

記

１　支給申請額

　　　　　　　　円（　日間×100,000円）

（記入上の注意）

括弧内の日数は記の２の事業実施計画の「診療・検査の実施」欄に丸印を付けた日数を記載すること。

２　実施計画

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 医療機関の名称 |  | | | |
| 日程 | ５月２日 | ５月３日 | ５月４日 | ５月５日 |
| 診療・検査の実施  （実施日に丸印） |  |  |  |  |
| 実施時間 |  |  |  |  |

（記入上の注意）

実施時間は、例えば「9：00～16:30」のように開始時刻と終了時刻がわかるように記載すること。

３　振込先口座

|  |  |
| --- | --- |
| 金融機関名及び支店名 |  |
| 口座種別（普通・当座） |  |
| 口座番号 |  |
| 口座名義（カタカナ） |  |

　　※申請者と口座名義が異なる場合は委任状の添付を依頼することがある。

４　担当者

|  |  |
| --- | --- |
| 所属 |  |
| 氏名 |  |
| 連絡先（電話） |  |
| 連絡先（電子メール） | ＠ |