第２号様式（第７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実績報告書

年　　月　　日付け京都府指令　　　第　　　号で支給決定のあった上記支援金について、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、下記のとおり報告します。

記

１　実績額

　　　　　　　　円（　日間×100,000円）

２　実施内容

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 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 |  |  |  |  |
| 診察件数（人） |  |  |  |  |
| 検査実施件数（人） |  |  |  |  |

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。