

鳥取県知事 平井 伸治 様

申請者 住所
名称
代表者氏名 印

令和〇〇年度鳥取県外来対応医療機関休業支援補助金交付申請書

鳥取県外来対応医療機関休業支援補助金の交付を受けたいので、鳥取県補助金等交付規則第5条の規定により、下記のとおり申請します。

記

補助事業等の名称	鳥取県外来対応医療機関休業支援補助金
算定基準額	2,823,870円
交付申請額	2,823,870円
添付書類	1 事業計画書 2 収支予算書(に準ずる書類)