

様式第1号

協力金交付申請書

年 月 日

(あて先) 宇 都 宮 市 長

所在地

医療機関名称

代表者名

印

宇都宮市診療・検査体制強化協力金交付要綱第6条の規定により次のとおり申請します。

補助対象者の別 (いずれかの□に チェックをつける)	<input type="checkbox"/> 単独医療機関
	受入可能医療機関のうち, <input type="checkbox"/> 単独医療機関としての協力金の申請も同時に行う医療機関 <input type="checkbox"/> 単独医療機関としての協力金は既に申請済みの医療機関
協 力 金 額	円
添付書類	(1)栃木県から「診療・検査医療機関」の指定を受けたことを証する書類(指定書等)