様式第２号

令和２年度愛知県回復患者転院受入医療機関応援金請求書

金　　　　　　　　　　　　円

上記のとおり請求します。

　　　　年　　月　　日

　　愛　知　県　知　事　殿

　　　　　　　　　　　　　　　　　住　　　　　所

　　　　　　　　　　　　　　　　　医療機関名

　　　　　　　　　　　　　　　　　代表者職・氏名

応援金の振込先



※ゆうちょ銀行口座の場合は、銀行コード（９９００）、振込専用の店番（３桁）、口座番号（７桁）を記入

※口座振込不能防止のため、通帳表紙の裏面のコピーなど金融機関名、店舗名、口座番号、口座名義人が確認できるものを添付してください。