様式第４号

　　年　　月　　日

　愛知県知事　殿

　　　　　　　　　　　　　　　　　住　　　　　所

　　　　　　　　　　　　　　　　　医療機関名

　　　　　　　　　　　　　　　　　代表者職・氏名

令和２年度愛知県回復患者転院受入医療機関応援金事業変更承認申請書

　　　　年　 月　 日付け　　　 第 　 号で交付決定のあった令和２年度愛知県回復患者転院受入医療機関応援金について、下記のとおり事業の内容を変更したいので承認してくださるよう申請します。

記

１　変更の理由

２　変更の内容