様式第８号

令和２年度愛知県回復患者転院受入医療機関応援金概算払精算書

|  |  |
| --- | --- |
| 概算額 |  |
| 精算額 |  |
| 差引過不足額 |  |

　年　　月　　日付け　　第　　　号の交付決定通知において令和２年度愛知県回復患者転院受入医療機関応援金として概算払を受けた経費について、上記のとおり精算します。

　　　　年　　月　　日

　　愛　知　県　知　事　殿

　　　　　　　　　　　　　　　　　住　　　　　所

　　　　　　　　　　　　　　　　　医療機関名

　　　　　　　　　　　　　　　　　代表者職・氏名