様式第５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廃止（中止）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、下記のとおり事業を廃止（中止）したいので承認してくださるよう申請します。

記

１　廃止（中止）の理由

２　廃止（中止）の内容