

様式第1号（第5条関係）

我孫子市休診日外来診療等体制確保支援金交付申請書

年 月 日

我孫子市長 あて

所在地 _____

申請者 医療機関名又は我孫子医師会

代表者氏名 _____

我孫子市休診日外来診療等体制確保支援金の交付を受けたいので、我孫子市休診日外来診療等体制確保支援金交付要綱第5条第1項の規定により、次のとおり申請します。

交付対象医療機関	
交付申請額	円