第６号様式

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　令和　　年　　月　　日

費　用　弁　償　請　求　書

青森県知事　殿

施設名

代表者

次の金額を請求します。

金額　　　　　　　　　　　　　　　　　円

　ただし、令和　　年　　月　　日から令和　　年　　月　　日までの災害支援ナースによる災害支援ナース活動に対する費用弁償額

（費用弁償額請求明細書　別紙のとおり）