第３号様式（第８関係）

　　年　　月　　日

　青森県知事　殿

　　　　　　住　　　所

（請求者）　名　　　称

　　　　　　代表者氏名

令和５年度青森県病床数適正化推進事業費補助金（地域医療構想を推進するための病床

機能再編支援給付金）請求書

金　　　　　　　　　　　　　円

　ただし、令和　年　　月　　日付け青医第　　号で交付決定の通知を受けた令和５年

度青森県病床数適正化推進事業費補助金（地域医療構想を推進するための病床機能再編支援給付金）として、上記のとおり請求します。