**様式第１号**

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　番　　　　　　　　　号

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　令和　　年　　月　　日

　茨城県知事　殿

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　医療機関の長

令和５年度第４期　新型コロナウイルス感染症院内感染発生

医療機関支援事業補助金交付申請書兼実績報告書

　標記補助金の交付について、令和５年度第３期新型コロナウイルス感染症院内感染発生医療機関支援事業補助金交付要項第５条の規定により下記のとおり関係書類を添えて申請します。

記

**１　補助金申請額**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 令和　年　月　日  ～  令和　年　月　日 | 令和　年　月　日  ～  令和　年　月　日 | 令和　年　月　日  ～  令和　年　月　日 | 合　計 |
| 円 | 円 | 円 | 円 |

**２　添付書類**

ア　補助金所要額調書（様式第２号）

　　　イ　入院患者名簿（様式第３号）

　　　ウ　院内感染の発生要件確認書（様式第４号）

エ　対象病床の配置等が確認できる図面（様式任意）

オ　その他参考となる書類

**３　補助金を受領するための口座**

|  |  |
| --- | --- |
| 振込先金融機関 | 銀行　　　　　　　　　支店 |
| 口座名義  （カナ） |  |
| 口座の種類  口座番号 | 普通　・　当座　（いずれかを○で囲む。） |