第３号様式（第９関係）

　　年　　月　　日

青森県知事　　　　　　　殿

住　　　所

補助事業者　名　　　称

代表者氏名

令和７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７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。