

第3号様式（第6条）

千葉県精神医療審査会報告書料等補助金実績報告書

令和〇年〇月〇日

千葉県知事 熊谷俊人 様

さきに提出いただいた
交付申請書記載の所在地を記載してください。

医療機関の開設者 所在地 千葉県〇〇市〇〇〇〇〇〇

開設者が法人の場合は、法人の名称を記載してください。

名 称 医療法人〇〇会

開設者が法人の場合は、法人の代表者の役職、氏名を記載してください。

代表者名 理事長 〇〇 〇〇

令和〇年〇月〇〇日付け千葉県障推指令第〇〇〇〇号-〇〇で補助金交付の決定のあった千葉県精神医療審査会報告書料等補助金に係る事業について、千葉県補助金等交付規則第12条の規定により、次のとおり実績を報告します。

- 1 千葉県精神医療審査会報告書料等補助金収支精算書（別紙）

交付決定通知書の
右上に記載の番号

- 2 既交付決定額 金 330,000円

交付決定通知書に記載された交付決定額を記入してください。
※金額の桁区切りは「.」（ピリオド）ではなく、「,」（カンマ）で御記載願います。

余白に、担当者名及び連絡先を必ず明記してください。

担当者 〇〇病院 部署名 〇〇 〇〇

連絡先 〇〇〇〇-〇〇-〇〇〇〇