記載例

第３号様式（用紙　日本産業規格Ａ４縦長型）

令和５年**〇**月**〇**日

神奈川県知事　殿

申請する病院の所在地を記載してください。

郵便番号　**231-8588**

所在地　**横浜市中区日本大通１**

提出者氏名又は名称（法人の場合は代表者氏名も記載）

医療法人〇〇　理事長　△△△△

●●病院　院長　□□□□

法人の名称、代表者職氏名及び申請する病院の名称、代表者職氏名を記載してください。

令和５年度神奈川県新型コロナウイルス感染症患者等受入病床確保事業補助金
交付申請取下げ届出書

令和**５**年**〇**月**〇**日付け**健総**第**ＸＸＸＸＸ**号をもって交付決定のあった令和５年度神奈川県新型コロナウイルス感染症患者等受入病[illegible]確保事業[illegible]理由により取り下げたいので、令和５年度神奈川県新[illegible]入病床確保事業補助金交付要綱第７条第２項の規定に基[illegible]

交付決定通知書に記載の文書番号を記載してください。
変更交付申請している場合は、最終交付決定の文書番号を記載してください。

〈取下げを必要とする理由〉

□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□のため

取下げの理由を簡潔に記載してください。