

黄色くマーカーした箇所を記載してください。

原則：3月31日
※31日が土日の場合も同様

文 書 番 号

令和 年 月 日

神奈川県知事 殿

変更交付決定がある場合は、原則として変更交付決定通知の日時等

(医療機関名)

(代表者氏名)

令和 年 度周産期救急医療事業費補助金事業実施状況報告書

令和 年 月 日神奈川県発〇〇第 号により交付決定を受けた周産期救急医療事業費補助金に係わる補助事業について、次のとおり報告します。

1 事業名

患者受入事業 日中一時支援事業

2 補助事業の執行状況

令和 年 3月31日に完了した。

3 補助事業の経費の執行状況

後日、事業実績報告により報告

医療機関名	
所属・職名	
担当者名	
連絡先	