

様式第3号

令和2年度埼玉県医療機関・薬局等における感染拡大防止等支援事業
補助金交付決定通知書

感 対 第●●●●号
令和●年●月●●日

●●●●歯科医院
院長 ●●●● 様

埼玉県知事 大 野 元 裕



申請のあった埼玉県医療機関・薬局等における感染拡大防止等支援事業補助金については、下記のとおり交付する。

記

- 1 交付金額 金 1,000,000 円
- 2 支払方法 精算払
- 3 交付条件

この補助金は、「埼玉県医療機関・薬局等における感染拡大防止等支援事業補助金交付要綱」第9条に定める条項を条件として交付するものである。