

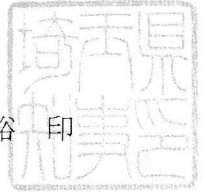
様式第 6 号

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
補助金交付額確定通知書

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 印



令和●年●月●●日付け感対第●●●●号で交付決定の通知をした埼玉県医療機関・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、実績報告書に基づき、下記のとおりその額を確定する。

記

- | | | | |
|---|-------|---|-------------|
| 1 | 交付決定額 | 金 | 1,000,000 円 |
| 2 | 確定額 | 金 | 1,000,000 円 |