

〇〇施設

①担当厚生局

②施設の所在都道府県

③施設の所在市町村

④施設名：施設の正式名称を記載する。※1施設1行となるように記載すること。（「〇〇保健所 他〇箇所」という記載はNG）

⑤直接補助事業者：正式名称での記載をするようご注意ください。

⑥間接補助事業者：関節補助先の正式名称を記載してください。（間接補助先がない場合は ― を記載）

①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧
担当厚生局	施設の所在 都道府県	施設の所在 市町村	施設名	直接補助事業者	間接補助事業者	国庫補助額 (千円)	特記事項
〇〇	〇〇県	〇〇市	〇〇医療センター	〇〇県	独立行政法人国立病院機構	3,000	
〇〇	〇〇県	〇〇市	〇〇県立病院	〇〇県	―	1,500	
〇〇	〇〇県	〇〇市	国立〇〇附属病院	国立〇〇法人〇〇大学	―	5,000	

件数	3
国庫補助額(千円)	9,500