

様式第2号（第5条第2項関係）

千葉県発熱患者等診察協力支援金支給決定通知書

第 号
年 月 日

様

千葉市長



年 月 日付けで支給の申請のあった千葉県発熱患者等診察協力支援金について、次のとおり支給を決定したので、千葉県発熱患者等診察協力支援金要綱第5条第2項の規定により通知します。

受付番号	号	支給対象となる診療所	
支給決定額		1,000,000円	
注意事項	偽りその他不正の行為により支援金の支給の決定や支払いを受けたときは、返還いただくことがあります。		