

第4号様式（第9条第1項関係）

番 号
年 月 日

福島県知事 様

（申請者住所または所在地）
（対象施設の名称）
（法人等名称及び代表者職氏名）
（担当者職氏名）

福島県医療施設等物価・賃上げ対策事業
賃金改善報告書

令和 年 月 日付け福島県指令健第 号により支給決定及び額の確定通知があった福島県医療施設等物価・賃上げ対策事業給付金については、福島県医療施設等物価・賃上げ対策事業給付金交付要綱第9条第1項の規定により、下記のとおり報告します。

記

1 交付対象施設の区分

※有床診療所・無床（医科・歯科）診療所・訪問看護ステーション・保険薬局のいずれかを記載すること。

2 添付書類

【全施設共通】

- （1）別紙様式2-2（賃金改善報告書）
- （2）別紙様式2-3（2.0超部分算定シート）※該当する場合のみ

【薬局のみ】

- （3）交付対象薬局一覧（任意様式）

※記載項目は医療機関コード、薬局名称・所在地及び支給額とする。