

第5号様式（第10条第4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
給付金返還報告書

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10条第2項又は第3項に定められた条件に該当するため、同条第4項の規定により、下記のとおり報告します。

記

1 返還を要する理由

2 支給額及び返還を要する額

支給額	返還を要する額
金 円	金 円

3 添付書類

【全施設共通】

(1) 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10条第2項又は第3項に該当することが分かる書類

【薬局のみ】

(2) 支給額の返還が必要な薬局の一覧（任意様式）

※記載項目は医療機関コード、薬局名称・所在地、支給額及び返還額とする。