別記第３号様式

（補助事業者の文書番号を記載）

令和　　年　　月　　日

　東京都知事　殿

補助事業者

所在地

名称

代表者役職氏名

　　　　年度東京都外国人患者受入れ体制整備支援事業補助金に係る実績報告

　令和　　年　　月　　日付　　保医医政第　　　号で交付決定を受けた標記について次のとおり関係書類を添えて報告します。

１　補助精算額　　金　　　　　　　　　　　円

２　添付書類

（１）東京都外国人患者受入れ体制整備支援事業実績報告書（別紙１）

（２）経費所要額精算書（別紙２）

（３）歳入歳出予算書抄本

（４）その他参考となる書類

|  |
| --- |
| 担当部署：  担当者名：  電話：  ファクシミリ：  メールアドレス： |