様式第３号（第６条関係）

年　　月　　日

　　熊本市長　　　　　　　（宛）

住　所

申請者　施設名

代表者

熊本市高齢者施設等医療支援チーム派遣事業登録申請書

　　　　熊本市高齢者施設等医療支援チーム派遣事業補助金交付要綱第６条第１項の規定により、下記のとおり申請します。

記

　　　１　補助事業の名称

　　　　熊本市高齢者施設等医療支援チーム派遣事業

　　　２　実施する補助事業の内容

　　　　高齢者施設等における新型コロナウイルス感染症の感染拡大防止のために実施する以下の事業

　　　　　□　感染制御・業務継続支援

　　　　　□　医療支援

　　　３　添付書類

　　　　・誓約書及び同意書

【担当者】

　 氏　名

　 連絡先