様式第５号（第１０条関係）

第　　　　　　　　　号

令和　　年　　月　　日

大　阪　府　知　事　　様

所在地

団体名

代表者

（法人の場合にあっては、その名称及び代表者の職・氏名）

令和６年度　大阪府在宅医療移行支援事業遂行状況報告書

大阪府在宅医療移行支援事業補助金助金交付要綱第１０条の規定により、次のとおり報告します。

|  |  |
| --- | --- |
| １　補　助　事　業　名 | 大阪府在宅医療移行支援事業（移行体制確保事業） |
| ２　着　手　年　月　日 |  |
| ３　遂　行　状　況 |  |

※添付書類

　　その他参考となる書類