様式４

文書番号

平成　年　月　日

厚生労働大臣　　殿

都道府県知事　○○　○○　印

平成30年度高齢者医療制度円滑運営事業費補助金

に係る事業実績報告について

　平成　年　月　日厚生労働省発保　　　第　　　号で交付決定を受けた標記については、下記のとおり報告があり、その内容を審査した結果、適正と認められるので、関係書類を添えて報告する。