【別紙様式２】

送付状

　第 　　　 　　号

令和４年　月　日

静岡県健康福祉部健康増進課長　様

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　所在地

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　名　称

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　代表者　氏　　　名

（市町にあっては、市町長　氏　 名 　）

令和４年度要配慮者歯科医療連携体制構築事業費補助金に係る書類提出について

　令和４年８月８日付け健増第203号により周知のあった令和４年度要配慮者歯科医療連携体制構築事業費補助金に係る必要書類を、別添の通り提出いたします。