第１号様式（第５条関係）

　　年　　月　　日

（宛先）松　戸　市　長

所　 在 　地

名　　　　称

代表者職氏名

松戸市自宅療養者等の診療体制強化協力金交付申請書

松戸市自宅療養者等の診療体制強化協力金の交付を受けたいので、松戸市自宅療養者等の診療体制強化協力金交付要綱第５条の規定により、次のとおり申請します。

記

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 交付対象医療機関等 | 名　称 |  |
| 所在地 |  |
| 交付申請額（合計） | 　　　　　　　　　　　　　円 |
| 医療体制 | 内訳 | 対応件数 | 内訳ごとの協力金（合計） |
|  | 外来・往診 | 平日 | 件 | 円 |
| 夜間・休日 | 件 | 円 |
| 訪問看護 | 平日 | 件 | 円 |
| 夜間・休日 | 件 | 円 |
| 添付書類 | 千葉県の自宅療養者等診療体制強化事業補助金交付決定通知書の写し |
|  | 外来・往診 | 保健所等からの受入を依頼するFAXの写し、又はこれに代わる書類 |
| 訪問看護 | 訪問看護指示書の写し |

担当者名：

電話番号：

FAX番号：

電子メール：