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：