

申請書に添付

### 支援金申請額内訳書

**【病院】**

名称	所在地		医療機関コード (10桁)
単価1床当たり (円)	R4年度在院患者延べ数	算定病床数 (R4年度1日当たり平均使用病床数) b/365 ※小数点未満切り捨て	申請額 (円)
a	b	c	a×c
130,000			

**【有床診療所】**

名称	所在地			医療機関コード (10桁)
単価1床当たり (円)	病床数 (R5.12.1現在)			申請額 (円)
	使用許可病床数	休床病床数	算定病床数 (e-f)×0.5 ※小数点未満切り捨て	
d	e	f	g	d×g
130,000				

※算定病床数が1床以下(全ての病床を休床している場合を含む。)の診療所は、無床診療所と同額(145,000円)で申請してください。

**【医科診療所（無床）】**

名称	所在地	医療機関コード (10桁)	申請額 (円) (1施設当たり145,000円)

**【歯科診療所】**

名称	所在地	医療機関コード (10桁)	申請額 (円) (1施設当たり145,000円)

申請額合計 (円)	
--------------	--

**(記載上の注意事項)**

- 1 複数の医療機関を開設している場合は、一括での申請が可能です。本様式をコピーしてご利用ください。  
(医療機関以外の施設等との一括での申請はできませんので、その場合は分けて申請してください。)
- 2 公立医療機関は、地方公営企業法の適用を受ける施設、又は地方独立行政法人が経営する施設のみが対象です。
- 3 次の医療機関は交付対象外となります。
  - ①保険医療機関の指定を受けていない施設
  - ②企業・社会福祉施設等の医務室や臨時開設の施設
- 4 同一施設で、医科と歯科の診療報酬上の指定を両方受けている場合は、いずれか一方により申請してください。