（様式１）

第　　　　　　　　号

令和　年　　月　　日

山梨県知事　殿

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　事業者名　　　　　　　　　　印

新型コロナウイルス感染症医療従事者応援事業費補助金交付申請書

　標記について、次により補助金を交付されるよう申請する。

１　補助金申請額　　　　　金　　　　　　　　　円

① 病院（重点医療機関）　　：1,000,000円＋50,000円×確保病床数（ 　　　床 ）

② 病院（重点医療機関以外）：1,000,000円

③ 診療所（かかりつけ患者以外も診察）：600,000円

④ 診療所（かかりつけ患者のみを診察）：300,000円

２　対象医療機関

施設名称

管 理 者　（職・氏名）

担 当 者　（担当部署・氏名）

住　　所　〒

連 絡 先

３　支払い先

　　　　　　　金融機関名

　　　　　　　支店名

　預金種別（当座・普通）

　　　　　　　口座番号

　　　　　　　口座名義

　　　　　　　　　（フリガナ）

４　添付書類

　　発熱患者等の診療・検査医療機関の指定に係る届出書（写）