

申請書に添付

支援金申請額内訳書

No	名称	所在地	登録記号番号 (10桁) ※施術所のみ記載	申請額 (1施設当たり50,000円)
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				

申請額合計 (円)	
--------------	--

（記載上の注意事項）

- 1 複数の助産所、施術所、歯科技工所を開設している場合、本様式により一括での申請が可能です。
（上記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 行が不足する場合には適宜行を追加してください。
- 3 次の施設は交付対象外となります。
 - ①出張専門の施設
 - ②施術所のうち、療養費の受領委任取扱指定を受けていない施術所
- 4 同一施設で、療養費の受領委任取扱指定を受けている施術所が複数ある場合は、いずれか一方により申請してください。