様式第１号（第３条関係）

年　　月　　日

　愛媛県知事　　　　　　　様

住　　　　所

事業主体名

代表者職氏名　　　　　　　　　　　　㊞

令和４年度新型コロナウイルス感染症自宅療養者等医療支援協力金

交付申請書兼請求書

　このことについて、令和４年度新型コロナウイルス感染症自宅療養者等医療支援協力金交付要綱第３条の規定により、関係書類を添えて申請（請求）します。

記

協力金申請（請求）額　　金　　　　　　　　円也

【内訳】

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 実施内容 | 実施場所 | 看護師の帯同 | 単価 | 回数または日数 | 協力金額 |
| 往診または訪問診療 | 自宅 | あり | 40,000円/回 |  |  |
| なし | 30,000円/回 |  |  |
| 施設 | あり | 80,000円/日 |  |  |
| なし | 60,000円/日 |  |  |
| オンライン診療 | 施設 |  | 15,000円/日 |  |  |
| 訪問看護 | 自宅 |  | 20,000円/回 |  |  |
| 施設 |  | 40,000円/日 |  |  |
| 計 |  |

（添付書類）

　　令和４年度新型コロナウイルス感染症自宅療養者等医療支援協力金実績報告

　　その他必要書類

＜振込口座＞

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 金融機関名 |  | 支店名 |  |
| 預金種別 |  | 口座番号 |  |
| フリガナ |  |
| 口座名義人 |  |