

# 記入例

様式第1号 (第3条関係)

令和5年 月 日

愛媛県知事

様

私印ではなく、法人の代表者印を押印してください。  
※代表者印を作成していない場合は、代表者印として  
使用している私印を押印してください。

住 所 愛媛県松山市一番町四丁目4番地1  
事業主体名 医療法人〇〇 (□□病院)  
代表者職氏名 理事長 ◆◆ ◆◆

印

令和5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5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 195,000 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	1	40,000
		なし	30,000 円/回	2	60,000
	施設	あり	80,000 円/日	1	80,000
		なし	60,000 円/日		
オンライン診療	施設		15,000 円/日	1	15,000
訪問看護	自宅		20,000 円/回		
	施設		40,000 円/日		
計					195,000

(添付書類)

令和5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

「代表者職氏名」は一致させてください。

<振込口座>

金融機関名	◎◎銀行	支店名	●●支店
預金種別	普通	口座番号	0000000
フリガナ	イヨホウジン〇〇 リジョウ ◆◆ ◆◆		
口座名義人	医療法人〇〇 理事長 ◆◆ ◆◆		