年　　月　　日

岐阜県知事　様

所在地

　　　 　　　　　　　　医療機関又は事業所名

　　　　　　　　　　　（法人の場合は法人名）

　　　　　　　　　　　　代表者職・氏名

岐阜県新型コロナウイルス感染症自宅療養者等への

医療提供事業交付金交付申請書

このことについて、下記のとおり関係書類を添えて申請します。

記

交付申請額　　　　　金　　　　　　　　　　円（令和　年　　月実施分）

【内訳】

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **診療方法** | **交付額** | **回数** | **金額** |
| 電話等診療 | 3,000円/回 |  |  |
| 往診 | 15,000円/回 |  |  |
| 訪問看護 | 8,280円/回 |  |  |
| 計 |  |  |  |

（添付書類）

新型コロナウイルス感染症自宅療養者等診療報告書（別紙）

担当部署：

担当者名：

電話番号：

FAX番号：

　　　　　　　　　　　　　　 電子メール：