

別記様式第1号（第5条関係）

佐野市診療・検査体制強化補助金交付申請書兼請求書

年 月 日

佐野市長 様

(所在地) 〒

(医療機関名)

(代表者)

印

(電話番号)

佐野市診療・検査体制強化補助金の交付を受けたいので、関係書類を添えて申請します。なお、交付することが決定した場合、次の口座に振り込んでいただきますよう請求します。

1. 交付の対象となる医療機関の名称	
2. 交付の対象となる医療機関の所在地	〒 3 2 7 - 佐野市 町
3. 代表者住所	
4. 担当者名及び連絡先	
5. 補助金額	<p>該当する項目に☑をお願いします。</p> <p>(いずれかを選択)</p> <p><input type="checkbox"/>①発熱外来を行っている医療機関のうち電話診療・オンライン診療等を行っている医療機関 <u>2万円</u></p> <p><input type="checkbox"/>②発熱外来を行っている医療機関のうち対面診療を行っている医療機関 <u>4万円</u> (裏面に続く)</p> <p>(いずれかを選択)</p> <p><input type="checkbox"/>③診療時間内で時間を限定して、受診・相談センター又は他院からの紹介を受入れ、発熱外来を診療している医療機関 <u>2万円</u></p> <p><input type="checkbox"/>④診療時間内全ての時間で、受診・相談センター又は他院からの紹介を受入れ、発熱外来を診療している医療機関 <u>4万円</u></p>

		<p>(いずれかを選択)</p> <p><input type="checkbox"/>⑤PCR等検査を外部委託により実施している医療機関 <u>2万円</u></p> <p><input type="checkbox"/>⑥PCR等検査を持ち回りにより地域外来センターで鼻腔の検体採取を実施している、または自院で唾液の検体採取を実施している医療機関 <u>4万円</u></p> <p><input type="checkbox"/>⑦PCR等検査を自院で鼻腔の検体採取を実施している医療機関 <u>10万円</u></p> <p style="text-align: right;">合計 万円</p>
6. 添付書類		<p><input type="checkbox"/>栃木県から「診療・検査医療機関」の指定を受けたことを証する書類</p> <p><input type="checkbox"/>市長が必要と認める書類 ( )</p>
7. 振込 口座	金融機関名	銀行・信用金庫・信用組合・農業協同組合
	支店名	支店
	口座の種類	当座 ・ 普通
	口座番号	
	口座名義名	(フリガナ)