

(第1号様式関係 別紙) 施設別申請額一覧

No.	施設区分	医療機関コード又は 施術管理者の登録記号番号 (10桁)※	施設名称	郵便番号	施設所在地	稼働病床数	支給申請額
1							
2							
3							
4							
5							
6							
7							
8							
9							
10							

※ 医療機関及び薬局の場合は10桁の医療機関コード、施術所の場合は受領委任の取扱いの承諾（登録）通知書に記載された10桁の登録記号番号（柔道整復施術所にあつては「協」又は「契」＋9桁の数字）を記入してください。助産所・歯科技工所は空欄としてください。