（第２号様式関係　別紙）施設別申請額一覧

上半期支給決定者用

・上半期申請内容から変更がある場合は☑を入れてください。

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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っては「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。