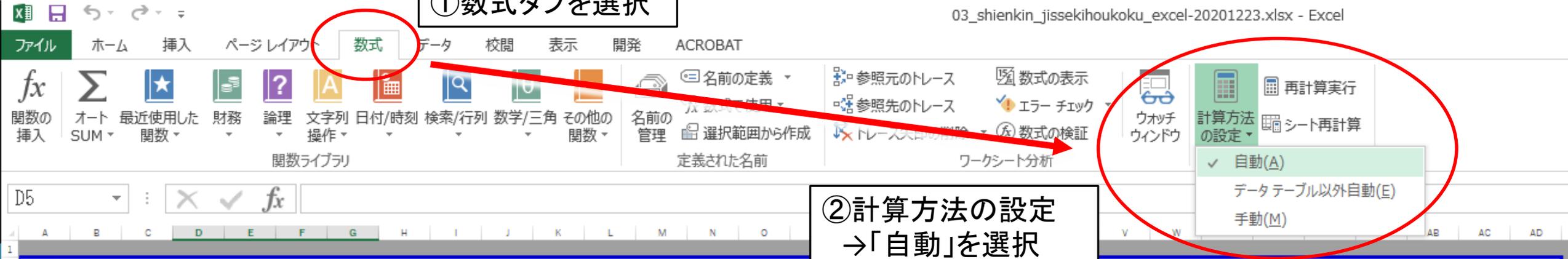


①数式タブを選択



様式8												
所要額精算書_医療機関・薬局等における感染拡大防止等支援事業												
報告日		<small>(入力形式) 西暦4桁/月/日 半角、スラッシュ区切り (表示は、元号表示になります)</small>										
施設概要												
助産所コードを有さない助産所は「9999999999」を入力してください												
医療機関等 コード (10桁)		1	4	4							施設名称	
管理者職名			管理者氏名									
連絡先		担当部署			担当者氏名			連絡先電話番号			連絡先メールアドレス	
所在地		郵便番号				都道府県			市区町村以降			
		-				神奈川県						
新型コロナウイルス感染症を疑う患者受入れのための救急・周産期・小児医療体制確保事業との重複について												
「新型コロナウイルス感染症を疑う患者受入れのための救急・周産期・小児医療体制確保事業」の支援金の申請をしておらず、 申請する予定もない										本事業と左記事業の補助は、重複して受けられませんので ご留意ください。		
事業実施実績												