（京都市内の医療機関用）

年　月　日

京都府知事　様

京都市長　　様

申請者　住所

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏名又は名称

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　代表者の職・氏名

京都府ゴールデンウィーク診療・検査実施医療機関支援金実績報告書

兼京都市ゴールデンウィーク診療・検査実施医療機関支援金交付申請書

年　　月　　日付け京都府指令　　　第　　　号で支給決定のあった上記支援金について、ゴールデンウィーク診療・検査実施医療機関支援金支給要領に基づき、京都府知事あて下記のとおり報告するとともに、京都市ゴールデンウィーク診療・検査実施医療機関支援金交付要綱に基づき、京都市長あて下記のとおり申請します。

記

１　京都府分実績額及び京都市分申請額

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | 京都府分実績額京都市分申請額 | 内訳 |
| 日数 | 単価 |
| 京都府 | 円 | 日間 | １００,０００円 |
| 京都市 | 円 | 日間 | ２００,０００円 |
| 円 | 人 | １０，０００円 |

２　実施内容

|  |  |
| --- | --- |
| 医療機関の名称 |  |
| 日程 | ５月２日 | ５月３日 | ５月４日 | ５月５日 |
| 診療・検査の実施（実施日に丸印） |  |  |  |  |
| 実施時間 |  |  |  |  |
| 診察件数（人） |  |  |  |  |
| 検査実施件数（人） |  |  |  |  |

３　振込先口座

|  |  |
| --- | --- |
| 金融機関名及び支店名 |  |
| 口座種別（普通・当座） |  |
| 口座番号 |  |
| 口座名義（カタカナ） |  |

　　※申請者と口座名義が異なる場合は委任状の添付を依頼することがある。