別記様式（第５条関係）

年　月　日

京都府知事　様

申請者　住所

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏名又は名称

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　代表者の職・氏名

お盆期間診療・検査実施医療機関協力金交付申請書

補助金等の交付に関する規則（昭和35年京都府規則第23号）及びお盆期間診療・検査実施医療機関協力金交付要領に基づき、下記のとおり協力金を申請します。

記

１　申請額

　　　　　　　　　円（　日間×100,000円）

２　実施内容

|  |  |
| --- | --- |
| 医療機関の名称 |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 日程 | ８月11日（木） | ８月12日（金） | ８月13日（土） |
| 発熱外来を設置した日  （丸印を記入） |  |  |  |
| 実施時間 |  |  |  |
| 時間数 |  |  |  |
| 診察件数（人） |  |  |  |
| 検査実施件数（人） |  |  |  |
| 【記入例】 | ８月14日（日） | ８月15日（月） | ８月16日（火） |
| ○ |  |  |  |
| ９：００～１２：００ |  |  |  |
| ３ |  |  |  |
| ２０ |  |  |  |
| ２０ |  |  |  |

３　振込先口座

|  |  |
| --- | --- |
| 金融機関名・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。

４　担当者

|  |  |
| --- | --- |
| 医療機関の名称 |  |
| 所属 |  |
| 氏名 |  |
| 連絡先（電話） |  |
| 連絡先（電子メール） |  |