

支援金申請額内訳書

申請者氏名

受診者氏名

医療機関①	名称										
	所在地										
	入院期間	年	月	日	～	年	月	日	～	年	月
医療機関②	名称										
	所在地										
	入院期間	年	月	日	～	年	月	日	～	年	月

診療年月		入院付添い			通院付添い			
		入院付添い日		日数	通院付添い日		4 日以上の付添い	
年	10月	①			①			
		②			②			
	11月	①			①			
		②			②			
	12月	①			①			
		②			②			
年	1 月	①			①			
		②			②			
	2 月	①			①			
		②			②			
	3 月	①			①			
		②			②			
	4 月	①			①			
		②			②			
	5 月	①			①			
		②			②			
	6 月	①			①			
		②			②			
	7 月	①			①			
		②			②			
	8 月	①			①			
		②			②			
	9 月	①			①			
		②			②			
数量 (A)		(入院付添い日数の合計) 日			(1 月あたり 4 日以上の通院付添いの月数) 月			
補助単価 (B)		2, 000円/日			4, 000円/月			
申請額 (A×B)		円(ア)			円(イ)			
申請額計 (ア+イ)		円						

(記載上の注意事項)

1 「入院付添い日」及び「通院付添い日」欄は、医療機関①または②ごとく分けて記入すること。

2 「4 日以上の付添い」欄には、1 月あたり 4 日以上の通院付添いがある場合に○を記入すること。

3 3 つ以上の医療機関に受診した場合は、用紙を分けて記入してください。