紙申請用

様式第2号

施設類型	【B】	勤務あり	勤務なし
1　新型コロナウイルス感染症患者の入院受入を割り当てた医療機関	陽性患者入院以降、勤務実績あり	20万円	10万円
2　帰国者・接触者外来を設置する医療機関	陽性・疑い患者来院以降、勤務実績あり	20万円	10万円
3　地域外来・検査センター	陽性・疑い患者来院以降、勤務実績あり	20万円	10万円
4　宿泊療養受入施設での対応	軽症者等入所以降、勤務実績あり	20万円	－
5　自宅療養を行う場合の新型コロナウイルス感染症患者に対するフォローアップ業務	軽症者等に対する、勤務実績あり	20万円	－
6　1～5以外の病院及び診療所	陽性患者入院以降、勤務実績あり	20万円	5万円
7　訪問看護ステーション	陽性患者訪問日以降、勤務実績あり	20万円	5万円
8　助産所	陽性妊産婦患者入所以降、勤務実績あり	20万円	5万円

【医療機関→都道府県】給付対象内訳_新型コロナウイルス感染症対応従事者慰労金

合計申請額(円)　200,000　←　給付対象者の支給申請金額の合計額を記載して下さい。

都道府県か

管理番号 1からの自動連番	医療機関コード										申請する医療機関等 名称	給付申請金額	氏名 (漢字) 姓と名の間は空けてください。	フリガナ (カタカナ) 姓と名の間は空けてください。	生年月日 (令和○年○月○日)	性別 男性 女性	他施設と合算 【A】 起点日から6/30までの期間における延べ勤務日数	申請施設 【B】 申請する医療機関等でのコロナ患者受入以降の勤務実績(※) (有り／無し)	申請施設以外 【C】 他医療機関等での勤務実績 (有り／無し)	委任状徴収済	金融機関名	金融機関コード	支店名
1	1	3	3	0	1	2	3	4	5	6	協会歯科クリニック	50,000	東京　太郎	トウキョウ　タロウ	昭和50年5月5日	男性	10日以上	無し	無し	済			
2	1	3	3	0	1	2	3	4	5	6	協会歯科クリニック	50,000	東京　花子	トウキョウ　ハナコ	昭和52年3月3日	女性	10日以上	無し	無し	済			
3	1	3	3	0	1	2	3	4	5	6	協会歯科クリニック	50,000	歯科　協子	シカ　キョウコ	昭和60年9月9日	女性	10日以上	無し	無し	済			
4	1	3	3	0	1	2	3	4	5	6	協会歯科クリニック	50,000	保険　治美	ホケン　ハルミ	平成2年7月7日	女性	10日以上	無し	有り	済			

【施設類型】1～3

1　新型コロナウイルス感染症患者の入院受入を割り当てた医療機関
2　帰国者・接触者外来を設置する医療機関
3　地域外来・検査センター

【施設類型】4～5

4　宿泊療養受入施設での対応
5　自宅療養を行う場合の新型コロナウイルス感染症患者に対するﾌｫﾛｰｱｯﾌﾟ業務

【施設類型】6～8

6　1～5以外の病院及び診療所
7　訪問看護ステーション
8　助産所

ｽ債主登録を行う際に必要な情報

他医療機関等での、勤務実績あり　（1番～3番）

他医療機関等での、勤務実績あり　（4番～5番）

他医療機関等での、勤務実績あり　（6番～8番）

支店番号（店番）	預金種別 1:普通 2:当座 4:貯蓄	口座番号	口座名義（カタカナ） 姓と名を空けてください	医療機関等名称 複数の場合はどこか、1か所	申請する施設　以外 1番～3番の合算 【A】1～3 起点日から6/30までの期間における延べ勤務日数	申請する施設　以外 【B】1～3 申請する医療機関等以外でのコロナ患者受入以降の勤務実績（※）（有り／無し）	医療機関等名称 複数の場合はどこか、1か所	申請する施設　以外 4番～5番の合算 【A】4～5 起点日から6/30までの期間における延べ勤務日数	申請する施設　以外 【B】4～5 申請する医療機関等以外でのコロナ患者受入以降の勤務実績（※）（有り／無し）	医療機関等名称 複数の場合はどこか、1か所	申請する施設　以外 6番～8番の合算 【A】6～8 起点日から6/30までの期間における延べ勤務日数	申請する施設　以外 【B】6～8 申請する医療機関等以外でのコロナ患者受入以降の勤務実績（※）（有り／無し）
										保険歯科クリニック	10日以上	無し