

上半期支給決定者用

(第2号様式関係 別紙) 施設別申請額一覧

・上半期申請内容から変更がある場合は☑を入れてください。

No.	施設区分	医療機関コード又は 施術管理者の登録記号番号 (10桁)※	施設名称	郵便番号	施設所在地	稼働病床数	支給申請額
1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		
2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		
3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		
4	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		
5	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		
6	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		
7	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		
8	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		
9	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		
10	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		

※ 医療機関及び薬局の場合は10桁の医療機関コード、施術所の場合は受領委任の取扱いの承諾（登録）通知書に記載された10桁の登録記号番号（柔道整復施術所にあつては「協」又は「契」＋9桁の数字）を記入してください。助産所・歯科技工所は空欄としてください。