

上半期支給決定者用

申請施設が複数ある場合は、この表に記載してください。電子データは県ホームページからダウンロードしてお使いいただけます。

(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"/> 薬局	<input type="checkbox"/> 14〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇	<input type="checkbox"/> 県庁薬局 横浜店	231-8588	<input type="checkbox"/> 横浜市中区日本大通〇〇		3,3000 円
2	<input type="checkbox"/> 薬局	<input type="checkbox"/> 14〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇	<input type="checkbox"/> 県庁薬局 川崎店	210-0847	<input type="checkbox"/> 川崎市川崎区浅田〇〇		3,3000 円
3	<input type="checkbox"/> 薬局	<input checked="" type="checkbox"/> 14〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇	<input checked="" type="checkbox"/> 県庁薬局 相模原店	252-0231	<input checked="" type="checkbox"/> 相模原市中央区相模原〇〇		3,3000 円
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"/>		

上半期申請内容から変更がある箇所のみ、チェックを入れてください。

※ 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。