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	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

【施設類型】１～３	【施設類型】６～８
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	
	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

【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） ☐ ←　給付対象者の支給申請金額の合計額を記載して下さい。

								他施設と合算	申請施設	申請施設以外		都道府県が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） 申請する施設　以外	1番～3番の合算		他医療機関等での、勤務実績あり　（6番～8番） 申請する施設　以外	6番～8番の合算	
管理番号	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（令和〇年〇月〇日）	性別 男性 女性	【A】起点日から6/30までの期間における**延べ勤務日数**	**【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）	【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	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	【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**	【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	【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**	【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）

管理番号	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 （令和〇年〇月〇日）	性別 **男性 女性**	【A】 起点日から 6/30までの期間 における **延べ 勤務日数**	**【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）	【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	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	【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**	【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	【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**	【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）