　令和　　年　　月　　日

　　北九州市医師会会長　　穴 井　堅 能　様

北　九　州　市　長　　武 内　和 久　様

事業所所在地

事業所名称

事業所代表者氏名　　　　　　　　　　　　　　　　印

**北九州市新型コロナウイルス感染症**

**自宅療養者への医療提供にかかる協力金支給申請書**

　標記について、協力金を支給されるよう関係書類を添えて申請します。

記

１　協力金申請額　　金　　　　　　　　円

２　外来報告書（様式第１号）

３　往診報告書（様式第２号）

４　電話・オンライン診療明細書（様式第３号）

５　オンライン診療明細書（curon type C）（様式第４号）

６　訪問看護報告書（様式第５号）

７　実費経費領収書（往診・訪問看護のみ）　金　　　　　　　円　　合計　　 　 　　　円

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 振 込 先 金 融 機 関 名 | | 本・支店名 | | 金融機関・支店コード | | | | | | | 種目 | 口座番号 |
|  | 銀行・信用金庫  信用組合・農協 |  | 本店  支店 |  |  |  |  |  |  |  | 普通  当座 |  |
| 口座名義人（カタカナ）　　３０文字まで | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | |

※　法人、法人代表者、事業所以外の口座にはお支払いできませんのでご注意ください。

　担当者氏名：　　　　　　　 ℡

　　　　　　※必要に応じてコピーして使用してください。