

様式1号の2（第5条関係）
交付対象医療機関等一覧表

複数の事業所をまとめて申請する場合に記入する

(単位:円)

No.	医療機関等住所	医療機関等名称	電話番号	医療機関等区分	保健医療機関等コード	医療保険届出病床数（令和8年3月31日時点）	給付金の額	備考	
1	人吉市西間下町▽▽番地	霧野病院	0966-12-3456	①病院、4床以上の診療所	4316543210	50	900,000	病院は、18,000円 × 50床 = 900,000円	
2	人吉市瓦屋町○○番地	霧野病院 瓦屋町診療所	0966-21-6543	②3床以下の診療所、無床診療所、 歯科診療所	4311253012	3	60,000	3床以下診療所は 60000円	
3									
4									
5									
6									
7									
8									
							合計	960,000	

記入例

修正版

①	①病院、4床以上の診療所	18,000円×病床数
②	②3床以下の診療所、無床診療所、歯科診療所	60,000円
③	③助産所	30,000円
④	④歯科技工所	30,000円
⑤	⑤施術所（あはき）	30,000円
⑥	⑥施術所（柔整）	30,000円
⑦	⑦調剤薬局	30,000円
⑧	⑧医薬品卸売業	120円×倉庫面積 7,000円×車両台数

(注) 助産所、施術所は、管轄保健所へ開設届を行っていることが分かる書類を添付してください。