様式第１号（第６条関係）

旭川市新型コロナウイルス感染症地域医療機関支援金支給申請書

　　年　　月　　日

（宛先）旭川市長

（申請者）住所

名称

(職)氏名

※開設者の住所及び氏名（法人の場合は，主たる事務所の所在地，

名称及び代表者の職氏名）

旭川市新型コロナウイルス感染症地域医療機関支援金について，次のとおり申請します。

１　申請額（太枠内を御記入ください。）

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 金額 | 円 | | | 該当するいずれかの区分に○を御記入ください。 |
| 区　　分 | ①クラスター発生による  外来診療休止 | | 病　院（1,000,000円） |  |
| 診療所 （300,000円） |  |
| ②医師の感染による  外来診療休止 | | 病　院（1,000,000円） |  |
| ※医師の氏名  【　　　　　　　　　　　】 | | 診療所 （300,000円） |  |
| 外来診療休止期間 | | 年　　月　　日　～　　　　　年　　月　　日 | | | |

※①②両方に該当する場合は，①としてください。

※②に該当する場合は感染した医師の氏名を記載してください。

※外来診療休止が確認できる資料（例：ホームページ，休診のお知らせ文書等）を添付してください。添付が困難な場合は御相談ください。

２　担当者連絡先（日中連絡が取れる連絡先を御記入ください。）

|  |  |
| --- | --- |
| （ふりがな） |  |
| 職・氏名 |  |
| 連絡先 |  |