

様式第 1 号

協力金交付申請書

令和 2 年 1 1 月 2 日

(あて先) 宇 都 宮 市 長

所在地 宇都宮市〇〇〇〇

医療機関名称 〇〇クリニック

代表者名 宇都宮 花子 印



宇都宮市診療・検査体制強化協力金交付要綱第 6 条の規定により次のとおり申請します。

補助対象者の別 (いずれかの□に チェックをつける)	<input type="checkbox"/> 単独医療機関 診療・検査医療機関のうち、 <u>新型コロナウイルス感染症の行政検査が可能で、他院や受診・相談センターからの紹介を不可</u> としている医療機関は上の□を <input checked="" type="checkbox"/> ⇒ <u>協力金額は 1 0 万円</u>
	受入可能医療機関のうち、 診療・検査医療機関のうち、 <u>新型コロナウイルス感染症の行政検査が可能で、他院又は受診・相談センターからの紹介を可</u> としている医療機関は下の□のどちらかを <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 単独医療機関としての協力金の申請も同時に行う医療機関 ⇒ <u>協力金額は 3 0 万円 (単独 10 万円+受入 20 万円)</u> <input type="checkbox"/> 単独医療機関としての協力金は既に申請済みの医療機関 ⇒ <u>協力金額は 2 0 万円</u>
協 力 金 額	円
添付書類	(1)栃木県から「診療・検査医療機関」の指定を受けたことを証する書類 (指定書等)