令和　　年　　月　　日

三重県知事　あて

　　　 　　　　　　　　　医療機関等名称

　　　　　　　　　　　 　（法人の場合は法人名）

　　　　　　　　　　　 　代表者職・氏名

所在地

三重県新型コロナウイルス感染症自宅療養者等への医療提供事業協力金に係る

実績報告書兼請求書

三重県新型コロナウイルス感染症自宅療養者等への医療提供事業協力金交付要領第４条の規定により、実施状況を報告するとともに、下記のとおり請求します。

記

請求金額　　　金　　　　 　　　　　　　円（令和　　年　　月実施分）

【内訳】　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　　（単位：回、円）

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **実施内容** | **交付額** | **回数** | **金額** |
| 電話等診療 | 3,000円/回 |  |  |
| 往診 | 20,000円/回 |  |  |
| 外来診療 | 10,000円/回 |  |  |
| 訪問看護 | 10,000円/回 |  |  |
| 服薬指導 | 3,000円/回 |  |  |
| 計 |  |  |  |

（添付書類）

新型コロナウイルス感染症自宅療養者等への医療提供実績報告書（別紙）

＜振込口座＞

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 金融機関名 |  | 支店名 |  |
| 預金種別 |  | 口座番号 |  |
| フリガナ |  | | |
| 口座名義人 |  | | |

【誓約事項】　※下記の内容を確認し、□に✓（チェック）をご記入ください。

□　「新型コロナウイルス感染症自宅療養者等への医療提供実績報告書（別紙）」に記載した患者は、全て医療提供を行った新型コロナウイルス感染症自宅療養者等（医療提供を行った日に自宅療養又は宿泊療養の解除基準を満たしていない者）に相違ありません。

□　新型コロナウイルス感染症自宅療養者等に対する医療提供であることを確認するため、県から求めがあった場合は、医療提供を行ったことを確認できる書類を提出します。

□　報告内容に虚偽の事実が判明した場合は、協力金の一部又は全額を返還します。

担当部署：

担当者名：

電話番号：

FAX番号：

　　　　　　　　 　電子メール：