第１号様式（第５条）

浦安市訪問診療医療機関物価高騰対策支援給付金交付申請書

年　　月　　日

（宛先）浦安市長

申請者　住所

氏名

（法人にあっては、名称、所在地及び代表者の氏名）

電話番号

浦安市訪問診療医療機関物価高騰対策支援給付金の交付を受けたいので、浦安市訪問診療医療機関物価高騰対策支援給付金交付規則第５条の規定により、次のとおり申請します。

１　対象となる診療所の名称及び所在地

名　称

所在地

２　令和８年４月から同年９月まで（以下「対象期間」という。）のいずれかの月において、訪問診療（医科診療報酬点数表の区分番号Ｃ００１に掲げる在宅患者訪問診療料（Ｉ）又は歯科診療報酬点数表の区分番号Ｃ０００に掲げる歯科訪問診療料の算定があるものに限る。）を実施した件数が最も多い月の当該件数　　件

３　在宅療養支援診療所の届出の有無　　□有　　□無

４　交付申請額　　円

添付書類　対象期間のうち訪問診療を実施した件数が最も多い月の当該件数が分かる書類