

申請施設が複数ある場合は、この表に記載してください。電子データは県ホームページからダウンロードしてお使いいただけます。

(第1号様式関係 別紙) 施設別申請額一覧

No.	施設区分	医療機関コード 又は施術管理者の登録記号番号 (10桁)※	施設名称	郵便番号	施設所在地	稼働病床数	支給申請額
1	診療所(有床)	14〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇	日本大通診療所	231-8588	横浜市中区日本大通〇〇	8床	200,000円
2	診療所(有床)	14〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇	川崎診療所	210-0847	川崎市川崎区浅田〇〇	3床	75,000円
3							
4							
5							
6							
7							
8							
9							
10							

※ 医療機関及び薬局の場合は10桁の医療機関コード、施術所の場合は受領委任の取扱いの承諾（登録）通知書に記載された10桁の登録記号番号（柔道整復施術所にあつては「協」又は「契」+9桁の数字）を記入してください。助産所・歯科技工所は空欄としてください。