

記入例

さぬき市医療・福祉施設等支援給付金（別表第1）に係る確認書類

申請する団体名称、対象施設名または個人氏名を記入してください。

名称 **医療法人社団** ○○ ○○○○
(団体名称、施設名称又は個人名)

1 当てはまる施設区分の□に✓をつけてください。

病院（20床以上）

令和7年4月1日から令和7年12月1日までの間において、
施設全体で最も多く入院患者を収容した時点での使用病床数

病床数	228 床	該当年月日	令和7年 ● 月 ● 日
-----	--------------	-------	--------------

期間内の最大使用病床数とその年月日を記入してください。

有床診療所（19床以下）

無床診療所（医科・歯科）

助産所 **出張のみによってその業務に従事する助産師も助産所に✓を記入してください。**

訪問看護ステーション

薬局

施術所（あはき法第9条の2第1項の規定による届出をしたもの）

施術室を分けずに業務を行っている場合、いずれかに✓を記入してください。

施術所の記載方法は裏面を参照してください

施術所（柔道整復師法第19条第1項の規定による届出をしたもの）

専ら出張によって行う施術業務（あはき法第9条の3の規定による届出をしたもの）

歯科技工所（歯科技工士法第21条第1項の規定による届け出をしたもの）

2 複数の対象施設を一括で申請する場合は、下表に対象施設を記載してください。

名称	所在地
○○ 薬局 ○○ 店	さぬき市○○ 1234番地5
○○ 薬局 △△ 店	さぬき市△△ 5432番地1
	さぬき市

薬局または施術所で、市内の複数の施設を一括で申請する場合に記入してください。