

## 様式2 事業所・施設別申請額一覧

## 記入例

(単位:円)

No.	申請種別	基準単価の選択(該当種別のみ)	代表となる法人名等	事業所・施設名	許可病床数(休床分除く)	電話番号	住所	申請額(c)
1	病院	250,000円+1,500円×病床数(休床分除く)	医療法人●●会	▲▲病院	100	088-000-0000	高知県高知市丸ノ内1-2-20	400,000
2	有床診療所	173,000円+1,500円×病床数(休床分除く)	医療法人●●会	△△診療所	19			201,500
3	無床診療所	55,000円	医療法人●●会	□□診療所				55,000
4	薬局	27,000円	有限会社○○	○○薬局				27,000
5	訪問看護ステーション	27,000円	…株式会社	訪問看護ステーション…				27,000
6	助産所	13,000円	高知花子	☆☆助産院				13,000
7	施術所	8,000円	高知太郎	★★接骨院				8,000
8								
9								
10								
11								
12								
13								
14								
15								
16								
17								
18								
19								
20								

・病院は、県への申請となります。(高知市含む。)

・病院以外(診療所、薬局、訪問看護ステーション、助産所、あはき・柔道整復)は、高知市以外の市町村に所在する事業所・施設が対象となります。

※用紙の枠が足りない場合は、コピーしてご利用ください。