

年 月 日

岐阜県知事 様

所在地
医療機関又は事業所名
(法人の場合は法人名)
代表者職・氏名

岐阜県新型コロナウイルス感染症自宅療養者等への
医療提供事業交付金交付申請書

このことについて、下記のとおり関係書類を添えて申請します。

記

交付申請額 金 円（令和 年 月実施分）

【内訳】

診療方法	交付額	回数	金額
電話等診療	3,000 円/回		
往診	15,000 円/回		
訪問看護	8,280 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診療報告書（別紙）

担当部署：
担当者名：
電話番号：
FAX 番号：
電子メール：