

様式第 1 号（第 4 条関係）

千葉県発熱患者等診察協力支援金支給申請書

年 月 日

（あて先） 千葉市長

申請者 住所又は所在地

開設者名

㊟

※ 申請者（法人にあつてはその代表者）が自署しない場合は、

記名押印すること。

千葉県発熱患者等診察協力支援金要綱第 4 条の規定により、次のとおり千葉県発熱患者等診察協力支援金の支給を申請します。

業務を休止した診療所の名称及び所在地	千葉県 区
新型コロナウイルス感染症に罹患した医師又は看護師の氏名及び生年月日	氏名 生年月日（ 年 月 日生） <input type="checkbox"/> 対象者は当該診療所の医師又は看護師である
新型コロナウイルス感染症の罹患理由	<input type="checkbox"/> 発熱患者等への診察を実施したことによる
診療所の業務休止期間	年 月 日から 年 月 日まで（ 日間）
診療所で定める休診日	
支給申請額	1, 000, 000円
担当者名 電話番号・メールアドレス	
添付書類	(1) 診療所の業務を 5 日間（診療所で定める休診日を除く）以上連続で休止したことを確認できる書類 (2) 医師又は看護師が、感染症による発熱患者等への診察により新型コロナウイルス感染症に罹患したことを確認できる書類 (3) その他市長が定める書類