



捨印

記入例

様式第1号（第4条関係）

ゴールデンウィーク発熱患者対応協力金交付申請書

令和5年 月 日

（あて先）仙台市長

住 所	〒〇〇〇-〇〇〇〇	
	仙台市青葉区〇〇町〇番〇号	
団体・法人名	医療法人〇〇会（〇〇株式会社）	
医療機関等の名称	〇〇〇病院（〇〇〇薬局）	
代表者役職	理事長（代表取締役）	
代表者氏名	〇〇 〇〇	

個人病院等該当のない場合は空欄

印

標記の協力金の交付を受けたいので、仙台市補助金等交付規則第3条第... ルデ...
ンウィーク発熱患者対応協力金交付要綱第4条の規定により、下記のとおり...

記

1 申請者の基本情報

業種（選択式）※1	<input checked="" type="checkbox"/> 病院または診療所 <input type="checkbox"/> 保 険 薬 局	
電 話 番 号	0 2 2 (〇〇〇) 〇〇〇〇	
メールアドレス	〇〇〇〇@〇〇〇.com	
担 当 者 (日中連絡が取れる方)	フリガナ	〇〇〇〇 〇〇〇〇
	氏名	〇〇 〇〇

※1 該当する項目を選択し、チェック欄にご記入ください。

2 申請情報

休憩時間は除いて下さい

日付	診療・営業時間 (午前)	診療・営業時間 (午後)	診療・営業時間合計※2 (1時間未満は切り捨て)
5/3 (水)	9:00~12:00	13:00~17:45	7時間
5/4 (木)	: ~ :	:	時間
5/5 (金)	: ~ :	: ~ :	時間
5/6 (土)	: ~ :	: ~ :	時間
5/7 (日)	: ~ :	: ~ :	時間
期間中の緊急連絡先※3 (電話番号)		<input checked="" type="checkbox"/> 申請者の基本情報の番号に同じ ※異なる場合は下欄記入 ()	
新型コロナ検査体制の有無※4 (病院・診療所のみ記入)		<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	
連携する医療機関名※5 (病院・診療所の場合… <u>薬局名</u> を記入) (薬局の場合… <u>病院・診療所名</u> を記入)		〇〇〇薬局	
その他連絡事項 (任意) ※発熱患者の受付時間を設定している場合は こちらに記入してください		5月3日の受付時間について 9:00~11:00のみ	

合計7時間45分のうち45分は切り捨て

- ※1 診療・営業時間は1日あたり合計3時間以上、**休憩時間を除いた時間をご記入下さい。**
- ※2 日ごとの診療・営業時間の合計を記入して下さい。
- ※3 ゴールデンウィーク期間中に患者対応等について確認のご連絡をする場合があります。診療・営業中に必ず繋がるお電話番号をご記入ください。
- ※4 申請期間における検査体制の有無をお書きください。
- ※5 事前調整を行い、申請する日時に併せて開設する薬局名を**必ず記入して下さい。**院内処方の場合はその旨ご記入ください(病院または診療所の場合)。連携先の病院または診療所が本協力金に申請していることを確認してください(保険薬局の場合)。

提出期限は令和5年4月18日(火)です(必着)。
郵送にて案内に記載された担当宛まで送付願います。