様式第６号（第８条関係）

ゴールデンウィーク発熱患者対応協力金実績報告書

令和５年　　月　　　日

（あて先）仙台市長

|  |  |
| --- | --- |
| 住　所 | 〒　　　　－ |
|  |
| 団体・法人名 |  |
| 医療機関等の名称 | 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 |
| 代表者役職 | 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 |
| 代表者氏名 | 　　　　　　　　　　　　　　 |

令和５年　月　　日付仙台市(Ｒ５健保感)指令第　　号で交付決定がありました標記協力金に係る実績について、仙台市補助金等交付規則第１２条第１項及びゴールデンウィーク発熱患者対応協力金交付要綱第８条の規定により、下記のとおり報告します。

記

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 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（1時間未満切捨て） | 交付予定額 |
| 5/3（水） | ：　　～　　：　　 | ：　　～　　：　　 | 時間　 | 万円　 |
| 5/4（木） | ：　　～　　：　　 | ：　　～　　：　　 | 時間　 | 万円　 |
| 5/5（金） | ：　　～　　：　　 | ：　　～　　：　　 | 時間　 | 万円　 |
| 5/6（土） | ：　　～　　：　　 | ：　　～　　：　　 | 時間　 | 万円　 |
| 5/7（日） | ：　　～　　：　　 | ：　　～　　：　　 | 時間　 | 万円　 |
| 合計 | 時間　 | 万円　 |

１　開設状況

※参考

|  |  |
| --- | --- |
| 交付対象 | １日当たりの交付金額（最低３時間以上） |
| 病院・診療所 | １時間あたり　　　　　２万円（上限２０万円） |
| 保険薬局 | ３時間以上６時間未満　２万円６時間以上　　　　　　４万円 |

・休憩時間除く。1時間未満の端数が生じた場合は切り捨て。

２　対応状況

|  |  |
| --- | --- |
| 日付 | 対応発熱患者数 |
| 5/3（水） | 件　　 |
| 5/4（木） | 件　　 |
| 5/5（金） | 件　　 |
| 5/6（土） | 件　　 |
| 5/7（日） | 件　　 |
| 合計 | 件　　 |

３　実施状況証明について

　　別紙のとおり

※申請した期間中に診療や開設を実施したことがわかる資料を「【様式第6号　別紙】実施状況証明貼付け欄」に添付してください。