

(様式第2号)

受付番号							
------	--	--	--	--	--	--	--

該当自動車一覧表

施設(医療機関等)名	
------------	--

1. 申請情報(様式1 3.(2)②から転記)

申請区分	(申請区分イ・ウの場合) 医師・歯科医師 常勤換算人数	車両台数※	支援金額

2. 自動車一覧表

No.	地名	分類番号			ひらがな	一連指定番号				車種
例	富山	5	0	0	う	1	—	2	3	軽自動車
1							—			
2							—			
3							—			
4							—			
5							—			
6							—			
7							—			
8							—			
9							—			
10							—			

3. 添付書類

・患者から送迎費用や訪問に係る交通費を徴収していないことが分かるもの(HPの該当部分の写し、チラシなど)

・ただし、添付書類については、令和4年度の「医療機関等に対する光熱費等高騰対策緊急支援金」及び令和5年度の「富山県光熱費等高騰対策緊急支援金(医療分)」において申請実績がある医療機関等であって、その際に提出した内容から変更がない場合は提出不要です。