別記第２号様式

印鑑証明書と同一の印鑑（委任状を提出した場合は受任者の印鑑）により、可能な限り捨印をお願いします。

記載例

第　　　　号

所在地　　：法人の住所を記入

病院開設者：法人名を記入

代表者氏名：法人理事長名（代表者名）を記入

印　　　　：印鑑証明書の印と同じものを押印

※委任状を提出した場合は、受任者の所在地等と氏名を記入し、受任者印を押印してください。

※個人立病院の場合は、病院開設者に病院開設者名（例：院長）を書いてください。

※都立病院の場合は、病院開設者に病院名、代表者氏名に病院管理者名を書いてください。

令和　　年　　月　　日

日付は空欄にしてください。

東京都知事　殿

所在地　　　○○区××町１丁目２番３号

病院開設者　医療法人社団○○

代表者氏名　理事長　○○××　　　　印

　　令和　　年度精神障害者早期退院支援事業補助金の交付申請について

標記について、下記のとおり補助金を交付されたく、関係書類を添えて申請します。

補助金を申請する医療保護入院者の実人数と退院支援委員会等の開催回数を記入（別紙交付申請額内訳にあげた人、委員会等について記入）

記

「２　内訳」の合計と同じ金額を記入

１　申請額　　　　金　　　　△△△　　　円

別紙交付申請額内訳のＤ欄の合計金額を記入

別紙交付申請額内訳のＣ欄の合計金額を記入

２　内訳

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | 金　額 | 備　考 |
| 地域援助事業者等への  支払い | ○○○円 | 医療保護入院者数　　××人 |
| 事務手数料 | ×××円 | 退院支援委員会等　　○△回 |
| 合　計 | △△△円 | 別紙交付申請額内訳のＥ欄の合計金額を記入 |

内容確認等お問い合わせさせていただくことがございますので、本申請の実務御担当者様の情報を記入してください。

病院の名称　　○○病院

担当部署名　　医療相談室

担当者氏名　　△△　☆☆

電話　　　　　○○－××××－△△△△

ＦＡＸ　　　　○○－××××－★★★★