

(参考様式)

施設内療養に要する費用の補助申請に係る対象者リスト

事業所名

記入者

	利用者名	無症状者	検体採取日	発症日	施設内療養 終了日	施設内療養 日数・A	施設内療養 日数・B	申請額 (A×1万円)	申請額 (B×5千円)	搬送先病院	備考
1								0	0		
2								0	0		
3								0	0		
4								0	0		
5								0	0		
6								0	0		
7								0	0		
8								0	0		
9								0	0		
10								0	0		
11								0	0		
12								0	0		
13								0	0		
14								0	0		
15								0	0		
16								0	0		
17								0	0		
18								0	0		
19								0	0		
20								0	0		
21								0	0		
22								0	0		
23								0	0		
24								0	0		
25								0	0		
合計	0人					0日	0日	0	0		

『施設内療養日数・A』には、令和5年9月30日までの療養日数を、『施設内療養日数・B』には、令和5年10月1日以降の療養日数を入力してください。

(参考様式)

施設内療養に要する費用の追加補助計算用リスト

利用者名	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	療養者数	金額	療養費	
日付↓																													
4月1日																											0		0
4月2日																											0		0
4月3日																											0		0
4月4日																											0		0
4月5日																											0		0
4月6日																											0		0
4月7日																											0		0
4月8日																											0		0
4月9日																											0		0
4月10日																											0		0
4月11日																											0		0
4月12日																											0		0
4月13日																											0		0
4月14日																											0		0
4月15日																											0		0
4月16日																											0		0
4月17日																											0		0
4月18日																											0		0
4月19日																											0		0
4月20日																											0		0
4月21日																											0		0
4月22日																											0		0
4月23日																											0		0
4月24日																											0		0
4月25日																											0		0
療養期間	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

列・行は適宜追加してください

利用者名の番号は対象者リストの番号と一致させてください。

(参考様式)

施設内療養に要する費用の追加補助計算用リスト

利用者名	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	療養者数	金額	療養費	
日付↓																													
9月21日																											3	1	3
9月22日																											3	1	3
9月23日																											5	2	10
9月24日																											6	2	12
9月25日																											6	2	12
9月26日																											6	2	12
9月27日																											6	2	12
9月28日																											6	2	12
9月29日																											9	2	18
9月30日																											9	2	18
10月1日																											9	0.5	4.5
10月2日																											9	0.5	4.5
10月3日																											14	1	14
10月4日																											14	1	14
10月5日																											15	1	15
10月6日																											12	1	12
10月7日																											11	1	11
10月8日																											9	0.5	4.5
10月9日																											9	0.5	4.5
10月10日																											5	0.5	2.5
10月11日																											2	0.5	1
10月12日																											2	0.5	1
10月13日																											2	0.5	1
10月14日																											2	0.5	1
10月15日																											0		0
療養期間	10	10	10	15	15	13	7	7	7	10	10	10	7	7	7	7	12	10	0	0	0	0	0	0	0	0	174		202.5

療養日数の上限期間は
15日までです。

列・行は適宜追加してください
利用者名の番号は対象者リストの番号と一致させてください。