

(単位:万円)

No.	医療機関等・薬局名	施設種別	病院・有床診療所は 病床数を入力	医療機関等・薬局所在地	支援金の額	審査結果 (町記入)
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						
26						
27						
28						
29						
30						
31						
32						
33						
34						
35						
36						
37						
38						
39						
40						
				合計		

※様式第1号に記載された医療機関等 「35病院(病床50床未満)」から「46薬局」までの医療機関等・薬局を入力してください。