第１号様式（第６条第２項）

年　月　日

横浜市有床診療所看護師夜間勤務手当補助金交付申請書

横 浜 市 長

申請者住所

法人名・医療機関名

代表者職氏名　　印

このことについて、次のとおり関係書類を添えて申請します。

１　施設名

２　交付申請金額　　￥　　．－

３　事業実施に要する経費に関する計画書　　別紙１のとおり

４　添付書類

・看護師の夜間勤務手当の支給について定めた就業規則等の写し
・在宅医療を受けている患者の急変対応や看取り、レスパイト等の受入実績一覧（申請の前年度実績）
・在宅医療連携拠点との緊急一時入院の協定書の写し
・その他参考となるべき資料

担当名
所属・氏名
電話番号
FAX