

支援金申請額内訳書

申請者氏名 静岡 太郎

受診者氏名 静岡 花子

医療機関①	名称	〇〇市立総合病院	
	所在地	〇〇市〇〇区・・・	
	入院期間	令和7年6月1日～令和7年6月25日 令和7年8月5日～令和7年9月15日	
医療機関②	名称	〇〇医院	
	所在地	〇〇県〇〇市〇〇区・・・	
	入院期間	年 月 日	年 月 日

通院のみの場合は、  
記入不要です。

診療年月	入院付添い		通院付添い	
	入院付添い日	日数	通院付添い日	4日以上付添い
令和7年	10月	① ②	① ②	
	11月	① ②	① ②	
	12月	① ②	① ②	
	1月	① ②	① ②	
	2月	① ②	① ②	
	3月	① ②	① ②	
令和7年	4月	① ②	① ②	
	5月	① ②	① ②	
	6月	① ②	① ②	
	7月	① ②	① ②	
	8月	① ②	① ②	
	9月	① ②	① ②	
数量 (A)	(入院付添い日数の合計) 8日		(1月あたり4日以上通院付添いの月数) 1月	
補助単価 (B)	2,000円/日		4,000円/月	
申請額 (A×B)	16,000円(ア)		4,000円(イ)	
申請額計 (ア+イ)	20,000円			

診療年月と医療機関ごとに分けて記入してください。

医療機関①での入院  
期間中に付添い等を行  
った日付を記入して  
ください。

左に記入した日付の  
日数を記入してくだ  
さい。

医療機関②への通院時  
に付添い等を行った日  
付を記入してください。

左に記入した日付の合計  
日数が4日以上の場合、  
○印を記入してください。

「4日以上付添い」欄に○印を記入  
した月数を記入してくだ  
さい。

(記載上の注意事項)

- 「入院付添い日」及び「通院付添い日」欄は、医療機関①または②ごと分けて記入すること。
- 「4日以上付添い」欄には、1月あたり4日以上通院付添いがある場合に○を記入すること。
- 3つ以上の医療機関に受診した場合は、用紙を分けて記入してください。

- 申請額 (A×B) には、「数量 (A) ×補助単価 (B)」の値段を記入してください。
- 申請額計 (ア+イ) には、入院付添いと通院付添いの申請額を合計した金額を記入してください。