

災害復旧資金に伴う長期運転資金申請書

平成 年 月 日

独立行政法人 福祉医療機構 理事長 様

氏名(法人の場合は名称及び代表者名)

印

長期運転資金の資金用途について、以下の通り申請いたします。

○資金用途について

資金用途 (下記1~4の事項に該当しない場合は余白にご記入ください。また、欄が不足する場合は適宜別紙にご記入ください)	該当項目に <input checked="" type="checkbox"/> してください	必要金額 (万円)	添付資料 (下記添付資料を同封してください。)
I 特定被災区域(注1)に所在する医療関係施設等 [東日本大震災発生前に比べ、医業収入又は医業利益(医業収入－医業費用)が減少したもの又は減少が見込まれるもの]			
1. 直接被害を受けたことによる収入減又は支出増等に対する運転資金	<input type="checkbox"/>		東日本大震災発生前後の月間の金額比較が可能な資料(残高試算表、診療報酬等請求書、預金通帳の写し等)
2. ライフラインの切断等による収入減又は支出増等に対する運転資金	<input type="checkbox"/>		
3. 被災患者を集中して受け入れたことによる未収診療報酬等に対する運転資金	<input type="checkbox"/>		
4. 医療スタッフを被災地に派遣したことによる収入減又は支出増等に対する運転資金	<input type="checkbox"/>		
5. その他	<input type="checkbox"/>		
II (1)特定被災区域(注1)を含む都道府県にあって、特定被災区域の対象とされていない市町村に所在する医療関係施設等 (2)特定被災区域(注1)に隣接する都道府県に所在する医療関係施設等 [東日本大震災発生前に比べ、医業収入又は医業利益(医業収入－医業費用)が1割程度減少したもの又は減少が見込まれるもの]			
1. 計画停電による収入減又は支出増等に対する運転資金	<input type="checkbox"/>		上記 I の添付資料に同じ
2. 特定被災区域の被災患者を集中して受け入れたことによる未収診療報酬等に対する運転資金 [被災地域の取扱患者数 人]	<input type="checkbox"/>		①上記 I の添付資料に同じ ②特定被災区域の患者受け入れが確認できるレセプト総括表の写し
3. 医療スタッフを特定被災区域に派遣したことによる収入減又は支出増に対する運転資金	<input type="checkbox"/>		①上記 I 添付資料に同じ ②派遣職員が特定被災区域に派遣されたことが確認できる証明書等の写し
4. その他	<input type="checkbox"/>		上記 I の添付資料に同じ

Ⅲ 上記Ⅰ及びⅡに該当しない都道府県に所在する医療関係施設 [東日本大震災発生前に比べ、医業収入又は医業利益(医業収入－医業費用)が2割程度減少したもの又は減少が見込まれるもの]			
1. 計画停電による収入減又は支出増等に対する 運転資金	<input type="checkbox"/>		上記Ⅰの添付資料に同じ
2. 特定被災区域の被災患者を集中して受け入れた ことによる未収診療報酬等に対する運転資金 [被災地域の取扱患者数 人]	<input type="checkbox"/>		上記Ⅱの2の添付資料に同じ
3. 医療スタッフを特定被災区域に派遣したことによる 収入減又は支出増に対する運転資金	<input type="checkbox"/>		上記Ⅱの3の添付資料に同じ
4. その他	<input type="checkbox"/>		上記Ⅱの4の添付資料に同じ
合計(借入申込書の借入申込額と一致します)			

注1) 特定被災区域とは、東日本大震災に対処するための特別の財政援助及び助成に関する法律(平成23年5月2日法律第40号)第2条第3項に規定する区域をいう。

注2) 病院、診療所及び介護老人保健施設については、診療(介護)報酬月額3か月がご融資の限度額となります。