

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使途について、以下の通り申請いたします。

○資金使途について

資金使途（その他に該当する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 ☒ 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 災害救助法適用地域(※1)に所在する医療関係施設等			
[平成28年熊本地震発生前に比べ、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	☐		平成28年熊本地震発生前後の 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	☐		
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	☐		
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	☐		
5. その他	☐		
II 災害救助法適用地域(※1)に隣接する都道府県に所在する医療関係施設等			
[平成28年熊本地震発生前に比べ、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. 災害救助法適用地域(※1)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]	☐		①上記 I の添付資料に同じ ②災害救助法適用地域(※1) の患者受け入れが確認できる レセプト総括表の写し
2. 医療スタッフを災害救助法適用地域(※1)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	☐		①上記 I 添付資料に同じ ②派遣職員が災害救助法適 用地域(※1)に派遣されたこと が確認できる証明書等の写し
3. その他	☐		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			
[平成28年熊本地震発生前に比べ、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. 災害救助法適用地域(※1)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]	☐		上記Ⅱの1の添付資料に同じ
2. 医療スタッフを災害救助法適用地域(※1)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	☐		上記Ⅱの2の添付資料に同じ
3. その他	☐		上記Ⅱの3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) 災害救助法適用地域とは、平成28年熊本地震により災害救助法が適用された地域をいう。
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)報酬月額額の3か月がご融資の限度額となります。