

食料費申請額合計

(1) 病院、有床診療所

↓いずれかに○をつけてください。

| 医療機関コード (7桁) | 施設名称 | 所在地 | 種別 | A 使用許可病床数 | B うち休床中 | 対象病床数 (A-B) | 食料費申請額 (3,200円/床) |
|-----------------|------|-----|------------|-----------|---------|----------------|----------------------|
| | | | 病院 ・ 有床診療所 | | | | |
| | | | 病院 ・ 有床診療所 | | | | |

※枠が足りない場合はコピーして記載してください。