

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<br>(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<br>(A-B) | 食料費申請額<br>(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。