

和歌山県新型コロナウイルス感染症に係る認知症等を伴う患者受入体制支援事業補助金 交付申請書別紙

I. 基本情報

1. 申請年月日	令和 3年 3月 1日			
2. 医療機関の名称、代表者名	名称	きのくにわかやま病院	代表者名	和歌山 太郎
3. 医療機関番号	〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇			
4. 医療機関の住所	〒〇〇〇-〇〇〇〇			
5. 医療機関の電話番号	〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇			
6. 担当者の所属及び氏名	所属	〇〇課	氏名	和歌山 次郎
7. 担当者のEメールアドレス				

II. 補助金の要件等

別途和歌山県新型コロナウイルス感染症に係る認知症等を伴う患者受入体制支援事業補助金交付要綱に定めるとおり満たしている。	○
---	---

III. 申請内容

1月1日		1月2日		1月3日		1月4日		1月5日		1月6日	
実支出額	申請額	実支出額	申請額	実支出額	申請額	実支出額	申請額	実支出額	申請額	実支出額	申請額
54,000	54,000	54,000	54,000	54,000	54,000	54,000	54,000	54,000	54,000	54,000	54,000
1月7日		1月8日		1月9日		1月10日		1月11日		1月12日	
実支出額	申請額	実支出額	申請額	実支出額	申請額	実支出額	申請額	実支出額	申請額	実支出額	申請額
36,000	36,000	54,000	54,000	36,000	36,000	60,000	54,000	70,000	54,000	36,000	36,000
1月13日		1月14日		1月15日		1月16日		1月17日		1月18日	
実支出額	申請額	実支出額	申請額	実支出額	申請額	実支出額	申請額	実支出額	申請額	実支出額	申請額
54,000	54,000	60,000	54,000	70,000	54,000	54,000	54,000	54,000	54,000	54,000	54,000

※申請日数が18日を超える場合は、申請書別紙-2に記載ください。

※単位はすべて円です。

申請金額計(円) 918,000

IV. 認知症等を伴う患者名等

患者名	きのくに はなこ
症状名	認知症
症状詳細等 (可能な限り詳細 に記載ください)	別表2に記載のとおり、認知症高齢者の日常生活自立度判定基準において、認知症のランクⅢに該当すると認められる。具体的には、日常生活に支障をきたすような症状・行動や意思疎通の困難さがみられ、要介護である。また急な脱走や暴言等がみられ、常に看護師1名が監視していた状況である。