別記様式第３

栃木県新型コロナウイルス感染症後方支援医療機関協力金算定額決定通知書

番　　　号

年　　月　　日

（後方支援医療機関の長）　様

栃木県知事　　福田　富一

令和　　年　　月　　日から令和　　年　　月　　日までを算定対象期間とした栃木県新型コロナウイルス感染症後方支援医療機関協力金の算定額は下記のとおりですので通知します。

つきましては、協力金の交付を受けようとする場合には、令和　　年　　月　　日までに栃木県新型コロナウイルス感染症後方支援医療機関協力金交付申請書を提出してください。

記

１　算定額　金　　　円

２　算定額の内訳

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 基準額 | 支給対象患 者 数 | 支給対象患者延べ入院日数 | 算定額 |
| 20,000円／人日 | 　人 | 日 | 円 |