新型コロナウイルス感染被害見舞金 申請書

日本歯科医師会 御中

＿＿＿＿＿＿＿＿歯科医師会　　㊞

【申請日】 令和　　年　　月　　日

診療所名	
住　　所	
管理者名 （会員氏名）	（会員番号：　　－　　－　　）
休診期間	令和　年　　月　　日 ～ 令和　年　　月　　日
休診の理由 注１：該当箇所に✓印を記入。（複数記入可） 注２：勤務するスタッフについては、該当職種を○印で囲むこと。	□ 管理者が感染 □ 勤務する歯科医師が感染 □ 勤務するスタッフ（歯科衛生士、歯科技工士、歯科助手、受付等）が感染

注１）歯科医師やスタッフの診断書の複写を添付すること。

注２）令和 4 年 9 月 30 日までの時限措置とする。ただし、令和 4 年 9 月 30 日を跨る休診期間も対象とする。

注３）見舞金申請書の日本歯科医師会受付期限は、入院及び療養期間並びに郵便事情等を考慮し、令和 5 年 3 月 31 日消印まで有効とする。

注４）多くの会員歯科診療所を支援するため、見舞金の給付は、令和２年度時限措置から通算して原則、一会員歯科診療所あたり１回限りとする。

日歯記入欄		日歯受理印	

（令和 4 年度改訂様式）