

## メール・郵送申請における申請書類作成上の注意

過去にご提出いただいた申請書において**多かった記入漏れや誤りを例示**しています。申請前に今一度、ご確認をお願いいたします。

また、申請に当たっては、**申請者名義の振込先口座の通帳の写し（表紙の裏面）**を添付してください（不要の場合あり）。

(申請者) 郵便番号	7538501	(半角数字・ハイフンなし)
住所	山口市	(市町名)
	滝町1-1	
氏名・法人名		(全角)
(法人の場合) 代表者名		(全角)

①市町名より後の住所の入力・記載漏れが多く見られます。欄が分かりづらいですが、忘れず入力してください。

※「氏名・法人名」は、医療機関等の**開設者**が個人の場合は個人のお名前を、法人の場合は法人名を入力・記載してください。

口座種別	普通	口座番号(7桁)	1234567
口座名義人	イヨウホウジン ヤマグチケン		
※半角カタカナで記載			

※必ず申請者名義の口座を指定すること(法人の場合は当該法人、個人事業主の場合は当該個人の口座に限る)

②口座名義人はカタカナで。通帳の表紙の裏面を確認して、カタカナで入力・記載してください。

保険医療 機関コード	病床数	支給額(円)
0311111	200	880,000
0822222	100	440,000
1233333	19	83,600
		0
		0
合計		1,403,600

③支給額及び合計額を忘れず入力・記載してください。

誓約する場合、  
以下に✓を記入



④「3. 誓約」の内容を確認して、相違なければ、**□にチェック**を入力・記載してください。