

【別紙3】

データフォーマット（案）

（1）支給台帳

施設区分	保険機関等コード	施設名称	病床数	開設者等	管理者氏名	備考
病院	1112345	○○病院	200	医療法人○○会	○○ ○○	1162345でもOK
有床診療所（2床以上）	2213456	□□クリニック	19	医療法人□□会	□□ □□	
2床未満の診療所（医科）	3314567	△△医院			△△ △△	
2床未満の診療所（歯科）	4465678	○□歯科医院			○□ ○□	
薬局	5506789	□○薬局		株式会社□○	□○ □○	
訪問看護ステーション	6697890	○△訪問看護ステーション		医療法人○△会	○△ ○△	
助産所	2700001	□△助産所			□△ □△	

（2）申請内容データ（様式第3号）

システム申請	添付書類の準備等	申請日	申請者住所・郵便番号	申請者住所・都道府県	申請者住所・市区町村	申請者住所・町名番地等				
同意します	はい、完了しています	R5.1.10								
同意しません	いいえ、完了していません									
申請者名	代表者名	担当者所属	担当者氏名	担当者連絡先	メールアドレス	支給対象施設区分	許可病床数			
						病院	200			
						有床診療所（2床以上）	19			
						2床未満の診療所（医科）				
						2床未満の診療所（歯科）				
						薬局				
						訪問看護ステーション				
						助産所				
保険機関等コード	施設名称	支給申請額	金融機関名	支店名	金融機関コード	口座種別	口座番号	口座名義人カナ		
1112345	○○病院									
2213456	□□クリニック									
3314567	△△医院									
4465678	○□歯科医院									
5506789	□○薬局									
6697890	○△訪問看護ステーション									
2700001	□△助産所									
誓約事項1	誓約事項2	誓約事項3	同意事項1	同意事項2	同意事項3	同意事項4	同意事項5	同意事項6	同意事項7	同意事項8
はい	はい	はい	はい	はい	はい	はい	はい	はい	はい	はい
いいえ	いいえ	いいえ	いいえ	いいえ	いいえ	いいえ	いいえ	いいえ	いいえ	いいえ

（3）対象確認データ

レコード番号	状態	支給対象施設区分	開設者区分	開設者名	代表者名	施設名称	施設の所在地	施設の代表電話番号	保険機関等コード又は登録記号番号

(4) 債権債務者集合登録一覧

レコード番号	状態	【SSC】債権債務者番号	支給対象施設区分	開設者区分	申請する支援金	施設名称(カナ)	施設名称	施設の所在地(1)	施設の所在地(2)	金融機関(金融機関名)	金融機関(支店名)	口座登録用(金融機関コード & 支店コード)	口座登録用(口座種別)	口座番号	口座名義(カタカナ)	申込番号

(5) 債権債務者集合登録用データ

1	0	○○クリニック	○○クリニック	○○市○○町2丁目	1-1-1F	9999999	1	9876543	○○クリニック
2	0	○○ビョウイン	○○病院	○○市○○町3丁目	2-1-2F	1234567	1	1234569	○○ビョウイン

(6) 支出予定一覧表

レコード番号	文書番号	支出日	状態	申込番号	支給対象施設区分	開設者区分	開設者名	管理台帳の施設名称	施設名称	施設の所在地	
金融機関(金融機関名)	金融機関(支店名)	口座種別	口座番号	口座名義(カタカナ)	債権債務者番号(支払い手続き)	支給額合計	申請する支援金	物価高騰の支給額	食材料費の支給額	許可病床数	管理台帳の病床数

(7) 債権者内訳取込シート用データ

0	11111111	0	0	0	30000	1	0	0	0	0	0
0	99999999	0	0	0	30000	1	0	0	0	0	0