

様式第4号

年度 堺市医療型短期入所整備促進事業補助金変更交付申請額内訳書

病院名	補助対象経費(日額)			補助単価 ④	補助基本額 ③と④を比較して すくない方の額 ⑤	利用日数 ⑥	補助額 ⑦ (⑤×⑥)	既交付決定額 ⑧	差引追加 (減額)申請額 ⑨ (⑦-⑧)
	① 基礎的な 診療報酬 円	② 障害福祉 サービス報酬 円	③ 差引額 ①-② 円						
				10,300					

《診療報酬及び障害福祉サービス報酬の算定項目》

《利用日数根拠》