

社会保険診療報酬支払基金理事長 あて

【申請者】							
都道府県コード	1	3	点数表コード			1	
保険医療機関コード	0	0	1	2	3	4	5
保険医療機関名称	支払基金クリニック						
開設者氏名	基金 太郎						
所在地 〒	105-0004 東京都港区新橋*-*-*						
電話番号	03-****-****						

オンライン資格確認等関係補助金等により取得した補助対象等財産に係る財産処分について

表記について、「医療提供体制設備整備交付金実施要領」の第5の規定により付した条件に基づき、次の処分について報告します。

記

### 1. 処分の種類

 災害若しくは火災により使用できなくなった補助対象等財産の廃棄

### 2. 処分の概要

補助交付年月	西暦		年		月
補助額全体			円		
補助相当額（処分に係る部分の額）			円		
法定耐用年数			年	不要です	
経過年数			年		
処分の内容					

処分予定年月日 ※災害、火災があった日 西暦 年 月 日

(顔認証付きカードリーダーの場合)

メーカー名	製品名 (型番)	シリアルナンバー (ロット番号)
A社	CR-123456	987654

### 3. 経緯及び処分の理由

記載例1) 令和〇年〇月〇日 〇〇件〇〇市の豪雨災害  
記載例2) 令和〇年〇月〇日 火災

### 5 添付資料

- ・(顔認証付きカードリーダーの場合)顔認証付きカードリーダーの提供決定通知書\*
- ・(その他財産の場合)オンライン資格確認等の導入に必要な資格確認端末の購入等に係る補助金交付決定通知書\*
- ・その他参考となる資料