

社会保険診療報酬支払基金理事長 あて

財産処分を行う保険医療機関・保険薬局の情報を記載願います 都道府県コード・点数表コードは「コード一覧」を参照のうえ記載願います	【申請者】	
	都道府県コード	1 3 点数表コード 1
	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 0-0-0
電話番号	03-0000-0000	

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。

## 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
経過年数	年
処分の内容	

記載不要です

処分予定年月日

西暦 年 月 日

(顔認証付きカードリーダーの場合)

災害・火災のあった日を記載願います

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) ○○○○年○○月○○日東京都港区の豪雨災害  
2) ○○○○年○○月○○日火災

## 4 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

\*保管されていない場合は交付額等を確認できる決算書等でも可