別紙様式２（１）

財産処分（災害・火災）の記載例
水色の項目を記載してください

西暦 2026 年 4 月 1 日

医療情報基盤・診療報酬審査支払機構理事長　あて

【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　ＤＸ審査支払機構クリニック

開設者氏名　機構　太郎

所在地　〒 135-0061
東京都江東区豊洲*-*-*

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。

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

[　　]

処分予定年月日　※ 災害・火災のあった日を記載願います　西暦 [20**] 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）　〇〇〇〇年〇〇月〇〇日　東京都江東区の豪雨災害
〇〇〇〇年〇〇月〇〇日　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となる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　※　災害・火災の状況が確認できる資料を添付願います

＊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