

(生 63) (保 219) (介 132)

令和 2 年 9 月 29 日

都道府県医師会担当理事 殿

日本医師会常任理事
羽 鳥 裕

日本医師会常任理事
江 澤 和 彦
(公印省略)

令和 2 年度日医かかりつけ医機能研修制度実施に伴う
支援金支給について

時下ますますご清祥のこととお慶び申し上げます。

平素より日医かかりつけ医機能研修制度運営に格別のご協力を賜り厚く御礼申し上げます。

平成28年度より、要件を満たした都道府県医師会には、本会より10万円を限度に支援金を支給いたしましたでしたが、本年度も下記の支援金支給要件を充足した場合、支援金を支給いたします。

つきましては、下記の通りご案内申し上げますので、よろしくご高配のほど、お願い申し上げます。

記

【支援金支給要件】

下記①～②のいずれかに該当する場合

- ① 令和 2 年度に本研修制度の修了申請の受付を行う場合
- ② 令和 2 年度に都道府県医師会主催の応用研修会を開催した場合

【支援金額】

10万円を限度に支給

【支援金支給手続き】

上記の支援金支給要件を満たす場合、添付の「日医かかりつけ医機能研修制度支援金申請書（令和 2 年度）」に必要事項をご記入の上、本会介護保険課までお送りください。なお、本会より協議会等の旅費をお

振り込みさせていただいている口座以外への入金を希望される場合は、別途「日医かかりつけ医機能研修制度支援金振込口座連絡票」に必要事項をご記入いただき、支援金申請書と併せてお送りください。

なお、支援金の申請書は 11月30日（月）までに ご提出をお願いします。申請書受理分につきましては、一括してお支払いの手続きを進めさせていただきます。

○添付書類

- ・日医かかりつけ医機能研修制度 支援金申請書（令和2年度）
- ・日医かかりつけ医機能研修制度 支援金振込口座連絡票

令和 年 月 日

公益社団法人 日本医師会 会長 殿

日医かかりつけ医機能研修制度 支援金申請書（令和2年度）

申請都道府県医師会名		
担当者（連絡先）	氏 名	
	電話番号	

支援金支給要件 ※右表の□欄にチェックを入れて下さい。 右表のいずれかに該当する場合は支援金の支給対象となります。（複数選択可能ですが、支援金の額は一律10万円です。）	☐ ① 令和2年度に本研修制度の修了申請の受付を行う場合 ☐ ② 令和2年度に都道府県医師会主催の応用研修会を開催 開催日：令和 年 月 日
---	--

<支援金送金先口座>

☐ 協議会等の旅費振込口座

☐ 上記以外の別口座（※別紙「日医かかりつけ医機能研修制度支援金振込口座連絡票」を添付

※本申請に基づき、日医より貴会宛てに支援金（10万円）をお振り込みいたします。なお、日医より協議会等の旅費をお振り込みさせていただいている口座への入金を希望される場合は、本申請書のみを下記連絡先までメールにてお送り下さい。別口座へのお振り込みを希望される場合は、「日医かかりつけ医機能研修制度 支援金振込口座連絡票」に必要事項をご記入いただき、本申請書と併せて下記連絡先までメールにてお送り下さい。

日本医師会記入欄	受付日	年 月 日	受付番号	
----------	-----	-------	------	--

※連絡先：日本医師会 介護保険課 TEL:03-3942-6491（直） E-mail:kaigo@po.med.or.jp

フリガナ	
口座名	
銀行名	
銀行コード	※記入不要
支店名	
支店番号	※記入不要
種目	1. 普通 2. 当座
口座番号	
ご住所	〒 TEL