

(様式第1号)

医療機関食材料費高騰対策支援金申請書

申請日: 令和 6年 6月 10日

市町名以降の住所を忘れず入力してください。

県外の法人等が申請される場合には、市町名を選択せず、この欄に都道府県名以降の全ての住所を入力してください。

郵便番号 7538501 (半角数字・ハイフンなし)
住所 山口市 (市町名)
滝町1-1 (全角)
氏名・法人名 医療法人山口市 (全角)
(法人の場合)代表者名 理事長 山口市 太郎 (全角)

「氏名・法人名」は、医療機関等の開設者が個人の場合は個人のお名前を、法人の場合は法人名を入力・記載してください。

氏名 山口市 一郎
電話番号 083-933-2835
メールアドレス byouinshienkin@pref.yamaguchi.lg.jp

医療機関食材料費高騰対策支援金の支給を受けたいので、関係書類を送って、下記のとおり申請します。

口座名義人はカタカナで。通帳の表紙の裏面を確認して、カタカナで入力・記載してください。

1. 振込口座情報

Table with 4 columns: 金融機関名, 支店名, 金融機関コード(4桁), 支店コード(3桁), 口座種別, 口座番号(7桁), 口座名義人. Includes bank name, branch, and account details.

※必ず申請者名義の口座を指定すること(法人の場合は当該法人、個人事業主の場合は当該個人の口座に限る)

2. 施設区分・支給額

Table with 6 columns: 施設区分, 医療機関名, 所在地, 保険医療機関コード, 病床数, 支給額(円). Lists medical facilities and their respective support amounts.

※医療機関名は略さずに正式名称を記入すること。

※保険医療機関コード欄は7桁で記入すること。

3. 誓約

- (1) 申請する医療機関について、事業活動を行っており、事業を継続する意思があります。
(2) 申請内容に虚偽はありません。
(3) 暴力団員による不当な行為の防止等に関する法律第2条第2号に規定する暴力団及び第2条第6号に規定する暴力団員に該当しません。また、代表者又は役員に非難されるべき関係を有していません。
(4) 県税の滞納はありません。
(5) 支給対象要件に該当しない事実や不正等が発覚した場合は、速やかに支援金の返還に応じます。

必ず✓を記入してください

私は、医療機関食材料費高騰対策支援金を申請するにあたり、上記の内容について、誓約します。

誓約する場合、以下に✓を記入

※誓約のチェックがなければ、申請書を受け付けることができません。