

医療機関等光熱費高騰対策支援金申請書

申請日: 令和7年5月10日

山口県知事様

(申請者)郵便番号 7538501

住所 山口市 滝町1-1

市町名より後の住所(丁目、番地等)を忘れず記入してください。

氏名・法人名 医療法人山口県 (法人の場合)代表者名 理事長 山口県 太郎

「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記入してください。

氏名 山口県 一郎 電話番号 083-933-2835

メールアドレス byouinshienkin@pref.yamaguchi.lg.jp

医療機関等光熱費高騰対策支援金の支給口座名義人は通帳表紙の裏面を確認して、カタカナで記入してください。

1. 振込口座情報

Table with columns for financial institution name, branch name, account type, and account number.

※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 columns for facility type, name, location, insurance code, number of beds, unit price, basic amount, and payment amount.

※施設名は略さず正式名称を記入すること。

※保険医療機関等コード欄は、病院、診療所は保険医療機関コード(7桁)。

施術所は受領委任取扱いの登録記号番号を記入すること。

合計 12,000,000

支給額及び合計額を忘れず記入してください。

3. 誓約

- (1) 申請する施設等について、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に規定する暴力団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ます。

必ずチェックしてください。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。

暴力団及び第2条第6号暴力団員と社会的に不適切な関係のある者の返還に応じます。

私は、医療機関等光熱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。