

(様式1) 申請書

医療機関における食材料費高騰対策支援金交付申請書

令和 年 月 日

三重県知事 へ

標記について、次のとおり申請します。

申請者	フリガナ										
	名称										
	所在地	(郵便番号 - )									
	代表者の職・氏名	職名								氏名	

施設の名称・所在地等	フリガナ											
	医療機関の名称											
	医療機関の所在地	(郵便番号 - )										
	医療機関番号	2	4									
	連絡先	電話番号										
	E-mail											

担当者	申請に関する連絡先	電話番号								E-mail		
	申請に関する担当者	職名								氏名		

申請内容

【病院及び有床診療所】

許可病床数：		病床										
区分											申請額	
食材料費相当分 (許可病床数×3,200円)											円	

振込口座情報	金融機関名								支店名		
	金融機関コード (4桁 半角数字)								支店コード (3桁 半角数字)		
	口座種別								口座番号 (7桁)		
	口座名義人								口座名義人 (半角カナ)		

- 報告内容に虚偽の事実が判明した場合は、支援金の一部又は全額を返還します。
- 令和6年5月31日まで事業を継続します。(または令和6年5月31日まで事業を継続しました。)

