

医療機関・薬局等における物価高騰対策支援金交付申請書

令和 年 月 日

三重県知事 あて

標記について、次のとおり申請します。

所要事項をすべてご記入ください。

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	「申請者」欄の記入について 【法人開設の医療機関等の場合】 「名称」法人名 「所在地」法人の事務所の所在地 「代表者の職・氏名」理事長等の職名、氏名 【個人開設の医療機関等の場合】 「名称」医療機関名等(病院、診療所名等) 「所在地」医療機関等の所在地 「代表者の職・氏名」開設者(管理者、院長等)の職名、氏名
	医療機関・薬局	
	医療機関・薬局	
	医療機関番号	

担当者	申請に関する	
	申請に関する	

申請内容

【病院及び有床診療所（医科・歯科）】

許可 病床数：	病床	※1又は2の区分に該当がある場合、許可病床数を入力してください。	
区分	該当する区分に○を してください。	申請額	
1 食材費相当分		0	円
2 (病院および4床以上の有床診療所) 電気・ガス代相当分		0	円
3 (3床以下の有床診療所) 電気・ガス代相当分		0	円
4 ガソリン代相当分(※)		0	円
合計			0円

【無床診療所（医科・歯科）、助産所、薬局】

区分	該当する区分に○を してください。	申請額	
1 電気・ガス代相当分		0	円
2 ガソリン代相当分(※)		0	円
合計			0円

※病院、診療所(医科・歯科)、薬局については、令和4年10月1日時点で、東海北陸厚生局へ受理記号「精在宅援」、「支援病」、「支援診」、「在医総管」、「歯援診」または「在調」のいずれかの届出が受理されている施設が対象となります。

誓約事項 (※下記の内容を確認し、口に✓(チェック)してください。)

- 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5年3月31日まで事業を継続します。

役員等調書

法人名	所要事項をすべてご記入ください。		
申請年月日	令和	年	月 日
申請額	円		

役員等の状況

シメイ	氏名	生年月日				性別	備考 (氏名の異体字など)
		元号	年	月	日		
(例) ハツリ シュウゾウ	服部 修造	S	40	01	01	M	

下記を参考に、氏名等の情報を入力してください。

【「役員等」の範囲について】

(1) 業務を執行する取締役・執行役等

- ・ 合名会社、合資会社、合同会社 → 会社法で規定される社員
- ・ 株式会社 → 会社法で規定される取締役等
- ・ 社会福祉法人 → 社会福祉法で規定される役員
- ・ 医療法人 → 医療法に規定される役員
- ・ NPO法人 → 理事、監事 など

(2) 上記(1)の他、相談役、顧問等の名称を有するかどうかを問わず、

(1)に掲げる者と同等以上の支配力を法人に対し有するものと認められる者

【個人開設の医療機関について】

個人開設の医療機関については、開設者(管理者、院長)の情報を入力してください。

【記入要領】

〔シメイ〕

- ・ 半角カタカナで記入し、姓と名の上に半角で1文字分のスペースを空ける。
- ・ 全て大文字にする必要があるため、「ッ」は「ツ」と「ユ」は「ユ」と記入する。

(記入例)

- × ハツリ シュウゾウ
- ハツリ シュウゾウ

〔氏名〕

- ・ 全角で記入し、姓と名の上に全角で1文字分のスペースを空ける。

〔生年月日〕

- ・ 元号、年月日とも半角英数で記入する。
- ・ 一桁でも、01、02と記入する。

〔性別〕

- ・ 男:M、女:Fを半角英数で記入する。

(様式3)請求書

請 求 書

所要事項をすべてご記入ください。

金 0 円

ただし、医療機関・薬局等における物価高騰対策支援金として、上記金額を請求します。

令和 年 月 日

所在地 0
法人名 0
代表者 0 0

三重県知事 あて

法人名義の通帳を確認のうえ、
口座情報を正しく入力してください。

振込口座情報	
金融機関名	
金融機関コード	
4桁の数字からなる金融機関コードを半角数字で入力してください。	
支店コード	
3桁の数字からなる支店名コードを半角数字で入力してください。	
口座番号	
口座名義人	
口座名義人(カナ)	半角カタカナで入力してください。

発行責任者	氏名	請求書発行の責任者、担当者の氏名 (フルネーム)、連絡先(電話番号)を入力 してください。責任者と担当者が同一 の場合も、両方の欄に同一情報を入力 してください。
	連絡先(TEL)	
担当者	氏名	
	連絡先(TEL)	