

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。

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										
	医療機関等の名称										
	医療機関等の所在地	(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（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			円
2 (病院および6床以上の有床診療所) 電気・ガス代相当分			円
3 (5床以下の有床診療所) 電気・ガス代相当分			円
4 ガソリン代相当分 (※)			円
合計			円

【無床診療所（医科・歯科）、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			円
2 ガソリン代相当分 (※)			円
合計			円

【助産所、施術所、歯科技工所】

区分	該当する区分に○を してください。	申請額	
1 助産所（電気・ガス代相当分）			円
2 施術所（電気・ガス代相当分）			円
3 歯科技工所（電気・ガス代相当分）			円
合計			円

※病院、診療所（医科・歯科）、薬局については、令和5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。

<input type="checkbox"/>	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。
<input type="checkbox"/>	令和6年3月31日まで事業を継続します。

請 求 書

金 円

ただし、医療機関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
法人名
代表者

三重県知事 へ

振込口座情報	
金融機関名	<input type="text"/>
金融機関コード	<input type="text"/>
支店名	<input type="text"/>
支店コード	<input type="text"/>
種別	<input type="text"/>
口座番号	<input type="text"/>
口座名義人	<input type="text"/>
口座名義人(カナ)	<input type="text"/>

発行責任者	氏名	<input type="text"/>
	連絡先(TEL)	<input type="text"/>
担当者	氏名	<input type="text"/>
	連絡先(TEL)	<input type="text"/>