

花 巻 市 長 様

申請者

所在地 花巻市花城町〇番〇号

所在地

事業者名 医療法人〇〇会 □□クリニック

事業者名

代表者 職・氏名 理事長 〇〇 〇〇

代表者 職・氏名

担当者 職・氏名 事務長 △△ △△

担当者 職・氏名

電話番号 0198-23-1234

電話番号

E-mail aaclinic@\*\*.\*\*\*\*

E-mail

※記載内容を訂正する場合は、申請者欄に押印のうえ、同じ印を訂正箇所を押印してください。

花巻市社会福祉施設及び医療施設等物価高騰対策支援金交付申請書兼請求書

花巻市社会福祉施設及び医療施設等物価高騰対策支援金交付要綱第4条の規定により、支援金の交付を受けたいので、下記のとおり申請（請求）します。

なお、交付決定後は、下記の口座に振り込んでください。

記

1 区分

- 1 救護施設
- 2 障がい福祉サービス事業所等
- 3 介護サービス事業所等
- 4 児童養護施設等
- 5 医療施設
- 6 施術所
- 7 薬局

2 交付申請（請求）額

0000000 円

3 添付書類

- (1) 申請事業所一覧表（裏面）
- (2) 振込口座情報がわかる書類（通帳の表紙と見開き）の写し

4 振込口座

金融機関名	花巻	銀行・信金 金庫・農協	金融機関コード	1	2	3	4
本・支店名	花巻	本店 支店 支所	店舗コード	1	2	3	
口座種別	普通・当座	口座番号	1	2	3	4	5 6 7
フリガナ	イ) 〇〇カイ リジチョウ * * * * * * * * *						
口座名義	医療法人〇〇会 理事長 〇〇 〇〇						

※ 申請者と振込口座名義が違う場合は、委任状の提出が必要です。

⇒裏面もご記入ください。

申請事業所等一覧表

事業者名	医療法人〇〇会 □□クリニック
------	-----------------

NO.	事業所等の名称	区分又はサービス種別	所在地	病床数	単価 (円)	交付申請 (請求) 額 (円)
1	有床の場合 □□クリニック	有床診療所	花巻市花城町 〇-〇	10	基礎支援金 345,000 円	664,500 円
					加算支援金 (31,950円×病床数) 319,500 円	
	無床の場合 〇〇歯科	歯科診療所	花巻市南万丁目 〇-〇	—	基礎支援金 172,500 円	172,500 円
					加算支援金 (31,950円×病床数) 円	
	△△薬局	薬局	花巻市上町 〇-〇	—	基礎支援金 19,000 円	19,000 円
					加算支援金 (31,950円×病床数) 円	
交付申請 (請求) 合計額						〇〇〇〇円

※記載上の留意点

- ・事業者名は、様式第1号の申請者（事業者名）と一致させてください。
- ・交付申請（請求）合計額は、様式第1号の交付申請（請求）額と一致させてください。
- ・事業所名称は正確に記載してください（略称にしないこと）。
- ・医療施設の病床数について、休床している床数は除いてください。全ての病床を休床している有床診療所は無床診療所として記載してください。
- ・区分又はサービス種別の欄は、次の表の左欄に掲げる区分又はサービス種別に応じ、それぞれ右欄に掲げるものを記載してください。
- ・病床数及び単価の欄は、病院と有床診療所以外の施設は記入不要です。

上記の合計額

区分又はサービス種別	記載するもの
医療施設	病院 有床診療所 無床診療所 歯科診療所 助産所 (上記のうちいずれか一つを記載)
施術所	施術所
薬局	薬局

⇒裏面もご記入ください。