

様式第1号（第4条関係）

桑名市医療機関等における物価高騰対策支援事業補助金（追加分）交付申請書

（宛先）桑名市長

令和 年 月 日

黄色のセルのみ入力してください。

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	

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4床以上の有床診療所) 電気・ガス代相当分		円
3 (3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4月1日時点で東海北陸厚生局へ受理番号「精在宅課」、「支援病」、「支援診」、「在医補管」、「歯支援」、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。

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。

<申請書提出前に改めてご確認ください>

- ・「申請書」最下部の誓約事項（1ヶ所）をチェックしたか
- ・記載項目（黄色セル）の漏れが無い

「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

※「E-mail」欄は必ず記入してください。

- ←該当する場合は5,400円×許可病床数
- ←該当する場合は24,600円×許可病床数
- ←該当する場合は73,800円
- ←該当する場合は6,900円

- ←該当する場合は54,000円
- ←該当する場合は6,900円

- ←該当する場合は33,900円
- ←該当する場合は17,100円
- ←該当する場合は23,100円

←チェックをお願いします。（チェックが無い場合は交付できません。）

請求書(追加分)

黄色のセルのみ入力してください。

金 円

ただし、桑名市医療機関等における物価高騰対策支援事業補助金(追加分)として、上記金額を請求します。

所在地

法人名

代表者

(宛先)桑名市長

振込口座情報	
金融機関名	
金融機関コード	
支店名	
支店コード	
種別	
口座番号	
口座名義人	
口座名義人(カナ)	
発行責任者	氏名
	連絡先(TEL)
担当者	氏名
	連絡先(TEL)

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。

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。

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。

半角カタカナで入力してください。

請求書発行の責任者、担当者の氏名(フリガナ)、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。