

(様式1) 申請書

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。

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・薬局等の名称	
	医療機関・薬局等の所在地 (郵便番号 -)	
	医療機関番号	2 4 <small>※助産所は不要です。</small>
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）、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		円
	2 ガソリン代相当分(※)		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。

(様式3)請求書

請 求 書

金 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

法人名

代表者

三重県知事 あて

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)	