

医療機関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

黄色の必要事項を全てご記入ください

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	

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	<small>※助産所、施術所、歯科技工所は記入不要です。</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）、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記号「精在宅援」、「支援病」、「支援診」、「在医総管」、「唐援診」、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。

- 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9月30日まで事業を継続します。（または令和5年9月30日まで事業を継続しました。）

<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（2ヶ所）をチェックしたか
- ・「役員等調書」を記載したか（個人開設施設でも記載が必要）
- ・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

医療機関番号は、7桁の番号の前に、都道府県番号（三重県は「24」）と点数表番号（「医科：1」、「歯科：3」、「薬局：4」）を加えて10桁としてください。

※助産所、施術所、歯科技工所様は記入不要です

例：保険医療機関番号が「7654321」の医科診療所の場合  
24 + 1 + 1234567 = 2417654321  
(10桁の医療機関番号)

←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

←2ヶ所の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

黄色の必要事項を全てご記入ください

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"/>

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。

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"/>

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。