#### 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

	二里宗和争 のし												
標	票記について	、次のとおり申請し	ます。										
	フリガナ												
申	名 称												
請	(郵便番号		-				)						
者	所在地												
	代表	者の職・氏名	職		名						氏	ŝ	名
$\equiv$	フリガナ		l										
施													
設の	医療機関等の名称												
名称・	医療機関等の所在地			(郵便番号 -						)			
所在	医療機関番号			4									※助産所、施術所、歯科技工所 は記入不要です。
地	連絡先		電話番号										
等		<b>建</b> 桁九	Е	-mai	1								
担	H-2+1	- HR 1	<b>=</b>	31 T	п						Г.		,
当	申請に関する連絡先			電話番号						E-mail			
当 者	申請に関する担当者			職名						氏	3	名	
	申請内容 【病院及び有床診療所(医科・歯科)】												
	許可 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。												

痄	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 <sup>*</sup>	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	f) 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	<del>il</del>		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「精在宅提」、「支援病」、「支援論」、「在医練管」、 「歯援診」、または「在胸」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。)

### (様式2) 役員等調書

# 役 員 等 調 書

法人名				
申請年月日	令和	年	月	日
申請額				円

<u>役員</u>	等の状	況									
シメイ			氏名		生年月日				性別	備考	
					元号	年	月	日		(氏名の異体字など)	
(例)	ハツトリ	シュウソ゛ウ	服部	修造	S	40	01	01	М		
			1								
		<u> </u>									
					L		<u> </u>		L		

## 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 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	
九门县在石	連絡先(TEL)	
担当者	氏名	
	連絡先(TEL)	