

医療機関における食材料費高騰対策支援金交付申請書

三重県知事 あて 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	
施設の名称・所在地等	フリガナ			
	医療機関の名称			
	医療機関の所在地 (郵便番号 -)			
	医療機関番号	2	4	
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
- ・「役員等調査」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)の入力漏れが無い

「申請者」欄の記入について
※個人名ではありません

【法人開設の医療機関の場合】
「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の場合】
「名称」医療機関名(病院、診療所名)
「所在地」医療機関の所在地
「代表者の職・氏名」開設者(管理者、院長)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)と点数表番号(「医科:1」)を加えて10桁としてください。

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)

申請内容

【病院及び有床診療所】 令和6年4月1日現在の許可病床数を入力してください。

許可病床数:	病床
区分	申請額
食材料費相当分(許可病床数×3,200円)	円

申請額は以下の金額で算出してください

- ・許可病床数(令和6年4月1日) × 3,200円

振込口座情報	金融機関名		支店名	
	金融機関コード (4桁 半角数字)		支店コード (3桁 半角数字)	
	口座種別		口座番号 (7桁)	
	口座名義人		口座名義人 (半角カナ)	

口座名義は、通帳等を確認のうえ、正しく入力してください。

金融機関コードは4桁の数字を半角数字で入力してください。
支店コードは3桁の数字を半角数字で入力してください。

- 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6年5月31日まで事業を継続します。(または令和6年5月31日まで事業を継続しました。)

役員等調書

法人名					
申請年月日	令和	年	月	日	
申請額					円

役員等の状況

シメイ	氏名	生年月日				性別	備考 (氏名の異体字など)
		元号	年	月	日		
(例) ハツリ シュウザウ	服部 修造	S	40	01	01	M	

「役員等調書」は個人開設の医療機関等の場合も必ず作成が必要です。詳細は以下をご確認願います。

黄色のセルのみ入力してください。

下記を参考に、氏名等の情報を入力してください。

- 【「役員等」の範囲について】**
 - (1) 業務を執行する取締役・執行役等
 - ・ 合名会社、合資会社、合同会社 → 会社法で規定される社員
 - ・ 株式会社 → 会社法で規定される取締役等
 - ・ 社会福祉法人 → 社会福祉法で規定される役員
 - ・ 医療法人 → 医療法に規定される役員
 - ・ NPO法人 → 理事、監事 など
 - (2) 上記(1)の他、相談役、顧問等の名称を有するかどうかを問わず、(1)に掲げる者と同等以上の支配力を法人に対し有するものと認められる者
- 【個人開設の医療機関について】**
個人開設の医療機関については、開設者(管理者、院長)の情報を入力してください。

- 【記入要領】**
 - 【シメイ】**
 - ・ 半角カタカナで記入し、姓と名の間に半角で1文字分のスペースを空ける。
 - ・ 全て大文字にする必要があるため、「ッ」は「ツ」と「ユ」は「ユ」と記入する。
 - (記入例)
 - × ハツリ シュウザウ
 - ハツリ シュウザウ
 - 【氏名】**
 - ・ 全角で記入し、姓と名の間に全角で1文字分のスペースを空ける。
 - 【生年月日】**
 - ・ 元号、年月日とも半角英数で記入する。
 - ・ 一桁でも、01、02と記入する。
 - 【性別】**
 - ・ 男：M、女：Fを半角英数で記入する。