

＜令和6年度用＞

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

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
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5床以上の有床診療所) 電気・ガス代相当分		円
3 (4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7年1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」、「在医給管」、「歯援診」、または「在薬給」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7年3月31日まで事業を継続しました。

申請者

所在地

法人名

代表者

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)	

添付資料

・振込先口座の確認できる通帳の見開きページ(フリガナ・口座番号等が確認できるページ)の写し