

＜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。

### 役員等調書

申請者名称	
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) ハトリ シュウゾウ	服部 修造	S	40	01	01	M	

**【留意事項】** 本申請からさかのぼって2年以内に医療保健部の補助金交付申請において役員名簿を提出しており、かつ、以下の事項に該当する場合は、上記への記載を省略することが可能です。  
**該当する場合は、口々にレ点を入れて、提出年月日や提出先(所属)等を記載してください。**

今回の補助金交付申請日における役員は、以下の補助金交付申請時に提出した役員一覧から変更はありませんので、上記への記載を省略します。

以前に提出した役員一覧

提出年月日	
提出先(所属)	
補助事業名	
役員数	

※上記に記載できるのは、本申請からさかのぼって2年以内に補助金交付申請を行ったものに限ります。  
また、すべての役員に変更がない場合に限ります。

申請者

所在地

名称

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