

令和 年 月 日

三重県知事

あて

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								※助産所、施術所、歯科技工所は医療機関番号の記入は不要です。
	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」、「在医総管」、「歯援診」、または「在薬総」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、歯科技工所様は医療機関番号の記入は不要です

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）

←該当の場合は2,800円×許可病床数

←該当の場合は9,200円×許可病床数

←該当の場合は36,800円/施設

←該当の場合は2,950円/施設

←該当の場合は32,925円/施設

←該当の場合は2,950円/施設

←該当の場合は20,600円/施設

←該当の場合は10,300円/施設

←該当の場合は10,300円/施設

誓約事項（2ヶ所）にチェックが必要です！

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

[illegible]

【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、□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

「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。

(記入例)

○ ハットリ シュウザウ (←すべてを大文字にする必要はありません)

〔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。

記載欄が不足する場合は行を追加してください。

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)	

通帳を確認のうえ、
口座情報を正しく入力してください。
・個人開設:代表者名義の通帳
・法人開設:会社名義の通帳

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
・小文字も大文字で記入
例 クリニック → クリニック
ヤッキョク → ヤツキョク
※通帳の見開きページの表記通りに記入

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