

【様式1（第5条関係）】

あさぎり町医療機関等物価高騰対策支援金交付申請書兼請求書

年 月 日

(申請者)

住 所:

施設名:

代表者:

印

連絡先:

標記について、下記のとおり支援金を交付されるよう関係書類を添えて申請（請求）します。

記

支援金額 金 円

1. 該当する区分に○印を記入してください。

() 病院、4床以上の診療所

→ 令和4年12月31日時点の医療保険届出病床数 () 床

() 3床以下の診療所、無床診療所、歯科診療所

() 助産所

() 施術所（あはき、柔整）

() 薬局

2. 次の誓約事項を確認し、該当するものに○印を記入してください。

一つでも該当しない場合は、支援金の申請（請求）はできません。

() ①申請者は、交付要綱第3条に規定する交付対象者の要件を満たします。

() ②交付対象施設は、令和4年4月1日から令和4年12月31日までの間に運営実態があり、物価高騰の影響を受けて費用が増加しています。

() ③申請内容に虚偽はありません。虚偽が判明した場合は、交付された支援金の返還に応じます。

3. 振込先口座情報

金融機関名		支店名	
口座種別	1. 普通 2. 当座	口座番号	
フリガナ			
口座名義			

4. 添付書類

- ・振込先口座が確認できる通帳の写し