

<令和5年度下半期分>

医療機関等における物価高騰対策支援金交付申請書【申請には手書き用申請書をご利用下さい】

令和 年 月 日

三重県知事 あて

黄色の必要事項を全てご記入ください

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	
	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6床以上の有床診療所) 電気・ガス代相当分		円	
3 (5床以下の有床診療所) 電気・ガス代相当分		円	
4 ガンリン代相当分(※)		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 ガンリン代相当分(※)		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6年10月1日時点で東海北陸厚生局へ受理番号「精在宅療」、「支援療」、「支援診」、「在医録管」、「歯療診」、または「在調」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6年3月31日まで事業を継続します。

<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）

←該当する場合は11,250円×許可病床数

←該当する場合は18,450円×許可病床数

←該当する場合は92,250円

←該当する場合は5,850円

←該当する場合は80,100円

←該当する場合は5,850円

←該当する場合は50,100円

←該当する場合は24,900円

←該当する場合は6,600円

←2ヶ所のチェックをお願いします。
（チェックが無い場合は交付できません）

役員等調書【申請には手書き用申請書をご利用下さい】

法人名				
申請年月日	令和	年	月	日
申請額	円			

「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。

黄色の必要事項を全てご記入ください

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 シュウゾウ	服部 修造	S	40	01	01	M	

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「ュ」は「ユ」と記入する。
 (記入例)
 × ハツリ シュウゾウ
 ○ ハツリ シュウゾウ

〔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。

請求書【申請には手書き用申請書をご利用下さい】

黄色の必要事項を全てご記入ください

金 円

ただし、医療機関等における物価高騰対策支援金として、上記金額を請求します。

令和 年 月 日

所在地
法人名
代表者

三重県知事 へ

振込口座情報	
金融機関名	<input type="text"/>
金融機関コード	<input type="text"/>
支店名	<input type="text"/>
支店コード	<input type="text"/>
種別	<input type="text"/>
口座番号	<input type="text"/>
口座名義人	<input type="text"/>
口座名義人(カナ)	<input type="text"/>

法人名義の通帳を確認のうえ、口座情報を正しく入力してください。

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。

発行責任者	氏名	<input type="text"/>
	連絡先(TEL)	<input type="text"/>
担当者	氏名	<input type="text"/>
	連絡先(TEL)	<input type="text"/>

請求書発行の責任者、担当者の氏名(フルネーム)、連絡先(電話番号)を入力してください。責任者と担当者が同一の場合も、両方の欄に同一情報を入力してください。