

黄色のセルのみ入力してください。

令和 年 月 日

津市長 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 | ツシ タロウ | | |
| | 名称 | 津市 太郎 | | |
| | 所在地 | (郵便番号 ○○○ - ○○○○) | | |
| | | 津市○○番地 | | |
| 代表者の職・氏名 | 職名 | 代表理事 | 氏名 | 津市 太郎 <input type="checkbox"/> |

| | | | | |
|------------|--------------|--------------------|--|------------------------|
| 施設の名称・所在地等 | フリガナ | シセツメイ | | |
| | 医療機関・薬局等の名称 | 施設名 | | |
| | 医療機関・薬局等の所在地 | (郵便番号 ○○○ - ○○○○) | | |
| | | 津市○○番地 | | |
| 医療機関番号 | 2 | 4 | | ※助産所、施術所、歯科技工所は記入不要です。 |
| 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 | 津市 花子 |

申請内容

施設毎に対応する区分に入力してください。

申請者と別人でも問題ありません。

【病院及び有床診療所（医科・歯科）】 許可病床数を入力してください。

許可病床数： 10 病床 ※令和5年10月1日時点の許可病床数を記載してください。

| 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 | 該当する床数に○を入力してください。 ○ | 56,250 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 | ○ | 92,250 円 |
| 3 (5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(※) | 該当する場合は○を入力してください。 ○ | 2,925 円 |
| 合計 | 該当する区分に○を入力すると、 請求額が自動で計算されます。 | 151,425 円 |

【無床診療所（医科・歯科）、薬局】 この合計額を「請求額」として、
請求書にご記入ください。

| 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5年10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。

誓約事項（下記の内容を確認し、□に✓（チェック）してください。誓約事項をご確認の上、チェックマークをお願いします。

- 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5年10月1日から令和6年3月31日までの間、事業を継続した。

医療機関等物価高騰対策支援事業に係る交付申請書

黄色のセルのみ入力してください。

令和 年 月 日

津市長 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 | ツシ タロウ | | |
| | 名称 | 津市 太郎 | | |
| | 所在地 | (郵便番号 〇〇〇 - 〇〇〇〇) | | |
| | | 津市〇〇番地 | | |
| 代表者の職・氏名 | 職名 | 代表理事 | 氏名 | 津市 太郎 <input type="checkbox"/> |

| | | | | |
|------------|--------------|--------------------|--|------------------------|
| 施設の名称・所在地等 | フリガナ | シセツメイ | | |
| | 医療機関・薬局等の名称 | 施設名 | | |
| | 医療機関・薬局等の所在地 | (郵便番号 〇〇〇 - 〇〇〇〇) | | |
| | | 津市〇〇番地 | | |
| 医療機関番号 | 2 | 4 | | ※助産所、施術所、歯科技工所は記入不要です。 |
| 連絡先 | 電話番号 | 〇〇〇-〇〇〇〇 | | |
| | E-mail | 〇〇〇@△△ | | |

| | | | | | |
|-----|-----------|------|----------|--------|--------|
| 担当者 | 申請に関する連絡先 | 電話番号 | 〇〇〇-〇〇〇〇 | E-mail | 〇〇〇@△△ |
| | 申請に関する担当者 | 職名 | 〇〇 | 氏名 | 津市 花子 |

申請内容

施設毎に対応する区分に入力してください。

申請者と別人でも問題ありません。

【病院及び有床診療所（医科・歯科）】

許可病床数： 病床 ※令和5年10月1日時点の許可病床数を記載してください。

| 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 | <input type="radio"/> | 40,050 円 |
| 2 ガソリン代相当分(※) | <input type="radio"/> | 2,925 円 |
| 合計 | | 42,975 円 |

該当する区分に○を入力すると、請求額が自動で計算されます。

【助産所、施術所、歯科技工所】

この合計額を「請求額」として、請求書にご記入ください。

| 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5年10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。

誓約事項（下記の内容を確認し、□に✓（チェック）してください）
誓約事項をご確認の上、チェックマークをお願いします。

- 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5年10月1日から令和6年3月31日までの間、事業を継続した。

第1号様式（第4関係） **記入例 ※助産所、施術所及び歯科技工所の場合**

医療機関等物価高騰対策支援事業に係る交付申請書

黄色のセルのみ入力してください。

令和 年 月 日

津市長 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 | ツシ タロウ | | |
| | 名称 | 津市 太郎 | | |
| | 所在地 | (郵便番号 〇〇〇 - 〇〇〇〇) | | |
| | | 津市〇〇番地 | | |
| 代表者の職・氏名 | 職名 | 代表理事 | 氏名 | 津市 太郎 <input type="checkbox"/> |

| | | | | |
|------------|--------------|--------------------|--|------------------------|
| 施設の名称・所在地等 | フリガナ | シセツメイ | | |
| | 医療機関・薬局等の名称 | 施設名 | | |
| | 医療機関・薬局等の所在地 | (郵便番号 〇〇〇 - 〇〇〇〇) | | |
| | | 津市〇〇番地 | | |
| 医療機関番号 | 2 | 4 | | ※助産所、施術所、歯科技工所は記入不要です。 |
| 連絡先 | 電話番号 | 〇〇〇-〇〇〇〇 | | |
| | E-mail | 〇〇〇@△△ | | |

| | | | | | |
|-----|-----------|------|----------|--------|--------|
| 担当者 | 申請に関する連絡先 | 電話番号 | 〇〇〇-〇〇〇〇 | E-mail | 〇〇〇@△△ |
| | 申請に関する担当者 | 職名 | 〇〇 | 氏名 | 津市 花子 |

申請内容 **施設毎に対応する区分に入力してください。** 申請者と別人でも問題ありません。

【病院及び有床診療所（医科・歯科）】

| 許可 病床数： | 病床 | ※令和5年10月1日時点の許可病床数を記載してください。 | |
|-------------------------------|------------------|------------------------------|--|
| 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） | 助産所、施術所及び歯科技工所のうち、助産所が入力する場合と仮定しています。 | 25,050 円 |
| 2 施術所（電気・ガス代相当分） | 該当する区分に○を入力すると、請求額が自動で計算されます。 | 円 |
| 3 歯科技工所（電気・ガス代相当分） | | 円 |
| 合計 | この合計額を「請求額」として、請求書にご記入ください。 | 25,050 円 |

※病院、診療所（医科・歯科）、薬局については、令和5年10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。

誓約事項（下記の内容を確認し、□に✓（チェック）してください。誓約事項をご確認の上、チェックマークをお願いします。

- 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5年10月1日から令和6年3月31日までの間、事業を継続した。