

第1号様式（第4関係）

医療機関等物価高騰対策支援事業に係る交付申請書

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		
	名称		
	所在地	(郵便番号 -)	
	代表者の職・氏名	職名	氏名 <input type="checkbox"/>

施設の名称・所在地等	フリガナ		
	医療機関・薬局等の名称		
	医療機関・薬局等の所在地 (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 ※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）		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。）

<input type="checkbox"/> 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。
<input type="checkbox"/> 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。