

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

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									※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

申請内容

【病院及び有床診療所（医科・歯科）】

許可 病床数：	病床	※申請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 (病院および5床以上の有床診療所) 電気・ガス代相当分			円
2 (4床以下の有床診療所) 電気・ガス代相当分			円
3 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、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4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。

誓約事項（下記の内容を確認し、□に✓（チェック）してください。）

- ☐ 報告内容に虚偽の事実が判明した場合は、支援金の全額を返還します。
☐ 令和7年4月1日から同年12月31日までの間、事業を継続した。