

第1号様式（第4関係）

記入例 ※病院及び有床診療所の場合

医療機関等物価高騰対策支援事業に係る交付申請書

黄色の箇所のみ記入・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

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	〇〇〇〇〇〇〇〇@〇〇〇〇								

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	〇〇〇〇〇〇〇〇@〇〇〇〇
	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記入・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： 50 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	○	1,241,250 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 (※)	○	7,375 円
合 計	この合計額を「請求額」として、請求書に記入・入力してください。	1,248,625 円

【無床診療所（医科・歯科）、薬局】

※Excelの場合※
該当する区分に○を記入・入力すると、請求額が自動で計算されます。

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、口に✓（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。

第1号様式（第4関係）

記入例 ※無床診療所、薬局の場合

医療機関等物価高騰対策支援事業に係る交付申請書

黄色の箇所のみ記入・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

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	〇〇〇〇〇〇〇〇@〇〇〇〇			

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	〇〇〇〇〇〇〇〇@〇〇〇〇
	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記入・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	※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	○	88,850 円
2 ガソリン代相当分 (※)	○	7,375 円
合 計		96,225 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、口に✓（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。

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

黄色の箇所のみ記入・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

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								
連絡先		電話番号	〇〇〇-〇〇〇〇									
		E-mail	〇〇〇〇〇〇〇〇@〇〇〇〇									

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	〇〇〇〇〇〇〇〇@〇〇〇〇
	申請に関する担当者	職 名	〇〇	氏 名	津市 花子

申請內容

施設毎に対応する区分に記入・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	※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 <u>5床以上</u> の有床診療所) 電気・ガス代相当分			円
2 (<u>4床以下</u> 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、施術所及び歯科技工所のうち、
”助産所”が記入・入力する場合と仮定しています。

【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）	○	55,650 円
2 施術所、歯科技工所（電気・ガス代相当分）		
合 計	※Excelの場合※	55,650 円

※Excelの場合※
該当する区分に○を記入・入力すると、
請求額が自動で計算されます。

※病院、診療所（医科・歯科）、薬局については、令
「支援病」、「支援診」、「在医総管」、「歯援診
ます。

受理記号「精在宅援」、
理されている施設が対象となり

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。