

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

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）】 **許可病床数を入力してください。**

許可病床数： 10 病床 ※令和7年1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 (病院および5床以上の有床診療所) 電気・ガス代相当分	○	46,000 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 (※)	該当する場合は○を入力してください。	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。	46,000 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、歯科技工所（電気・ガス代相当分）		円
合計		0 円

※病院、診療所（医科・歯科）、薬局については、令和7年1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。 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7年1月1日から同年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 ※無床診療所及び薬局の場合**

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

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7年1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 (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	○	16,463	円
2 ガソリン代相当分 (※)	○	1,475	円
合計		17,938	円

該当する場合は○を入力してください。

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】

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		0	円

この合計額を「請求額」として、請求書にご記入ください。

※病院、診療所（医科・歯科）、薬局については、令和7年1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。

誓約事項をご確認の上、チェックマークをお願いします。

<input checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> 令和7年1月1日から同年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

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7年1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 (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】

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。

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）		10,300 円
2 施術所、歯科技工所（電気・ガス代相当分）		円
合計		10,300 円

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

<input checked="" 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
<input checked="" type="checkbox"/> 令和7年1月1日から同年3月31日までの間、事業を継続した。