

## 令和4年度栃木県医療機関等物価高騰対策支援金 交付申請書（実績報告書兼請求書）

令和 5 年    月    日

栃木県知事 福田 富一 様

このことについて、令和4年度栃木県医療機関等物価高騰対策支援金を下記のとおり交付されるよう、栃木県補助金等交付規則第4条及び第13条の規定により別紙を添えて申請及び実績を報告します。

併せて、当該支援金を交付されるよう、同規則第18条の規定により請求しますので、振込は下記振込先情報に記載の口座までお願いします。

(フリガナ)			
申請者名 <small>(法人の場合は法人名)</small>			
所在地	〒		
(フリガナ)		(フリガナ)	
代表者職名 <small>(法人の場合)</small>		代表者氏名 <small>(法人の場合)</small>	
担 当 者	氏 名		
	電話番号		
	メールアドレス <small>(ない場合はFAX 番号)</small>		

申請に係る医療機関等の数※	施設
交付申請額（請求額）	円

※医療機関等ごとの基本情報を<別紙>「申請医療機関等一覧表」に記載してください。

【申立事項】（下記のとおり相違ないことを確認の上、チェックボックスをチェックしてください。全ての項目がチェックされないと交付申請できません。）

- 本年度において、物価高騰のための支援を行う他の補助金等の交付を受けていないこと。
- この支援金における帳簿及び証拠書類整理し、支援額の確定の日の属する年度の終了後5年間適切に整備保管すること。
- 種別・申請金額等の申請内容に相違ないこと。

支援金の振込先として指定できる口座の情報を入力してください。 ※通帳の写しの写真データ等を添付してください。

振込先情報	金融機関コード										
	支店番号				※ゆうちょ銀行は3桁の番号に変換して記載すること。						
	金融機関名										
	店 名										
	預金種類		1. 普通 2. 当座 （数字を入力してください。）								
	口座番号										※ゆうちょ銀行は7桁の番号に変換して記載すること。
口座名義 (カナ) ※											

※口座名義（カナ）：通帳の見開き等に記載されているカタカナの名義をスペースを含め正確に記載してください。  
(半角カタカナで記入してください。漢字は不可！)

別表第1 申請医療機関等一覧表

(1) 病院、有床診療所

医療機関コード (7桁)	施設名称	所在地	種別	A 使用許可病床数	B うち休床中	対象病床数 (A - B)	申請額

(2) 無床診療所、歯科診療所

医療機関コード (7桁)	施設名称	所在地	種別	申請額

(3) 助産所

医療機関コード	施設名称	所在地	種別	申請額

(4) 施術所 (あはき、柔整)

医療機関コード	施設名称	所在地	種別	申請額

(5) 訪問看護ステーション

医療機関コード	施設名称	所在地	種別	申請額

※本表に記載できる施設は、令和4年10月1日時点で運営している施設分に限る。