

誓 約 書

(記入日) 年 月 日

神奈川県知事 殿

法人等の所在地 ※個人の方は自宅住所	〒 —	
法人の名称 ※法人のみ記載		
代表者職・氏名		
連絡先電話番号		

私は、令和7年度神奈川県医療機関等物価高騰対応支援金（令和6年度からの繰越分）の申請について、次の事項を誓約します。

- (1) 私は、令和6年8月～令和7年3月までの間に保険適用に係る施術（受領委任または償還払いに該当するもの）を以下のとおり行いました。

施術所名称	
施術管理者の 登録記号番号※1	
施術所所在地	
保険適用に係る 施術を行った月※2	令和 年 月
上記月に保険適用に係る 施術を行った件数	件

※1 受領委任の取扱いの承諾（登録）を受けている施術所は、10桁の登録記号番号を記入してください。（柔道整復施術所にあつては「協」又は「契」+9桁の数字）

※2 令和6年8月～令和7年3月までのいずれかひと月分の実績を記載してください。

- (2) 本件申請の審査等において、上記保険適用施術に係る証明書類等が必要となった場合は、神奈川県の指示に従い速やかに対応します。
- (3) 当該誓約書及び申請書の記載事項について虚偽であることが判明した場合や、本支援金における支給要件に該当しないことが判明した場合には、本支援金を返還します。