

## 誓 約 書

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) 以下の歯科医師から 年 月 日に保険診療に係る案件の指示を受け、  
年 月 日に同案件について納品しました。  
※ 指示書及び納品書の指示日、納品日を記載してください。  
※ 令和6年8月～令和7年3月までに行った実績の一つを記載してください。
- (2) 本件申請の審査において、上記保険診療案件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) 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、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。

申請施設名		
申請施設所在地	〒	—
歯科医師名		
歯科医師の勤務する 医療機関名		
歯科医師の勤務する 医療機関所在地	〒	—
歯科医師の勤務する 医療機関連絡先	—	—