

※ホッチキス止め厳禁（止めずに封入願います）

第1号様式（第4条関係）

令和 年 月 日

神奈川県知事 殿

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）に係る支給申請書

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）支給要綱第5条の規定に基づき、次のとおり関係書類を添えて支給を申請します。

なお、支給を受けるにあたっては、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）支給要綱を遵守します。

- （添付書類） ホッチキス止め厳禁（止めずに封入願います）
- 1 令和6年8月から令和7年3月の間に事業を継続して実施していることを確認できる書類
例) 診療（調剤）報酬支払通知書の写し、出産育児一時金支払通知書、保険診療に係る実績を確認できる誓約書等
- 2 振込先口座が確認できる書類
例) 振込先口座の通帳（表紙及び表紙を一枚めくった見開きのページ）の写し等
- 3 【特別高圧受電者の場合】特別高圧受電施設であることが確認できる書類
例) 契約書(写し)等

※支給決定・不支給決定通知書は、下記申請された所在地（住所）、代表者様宛に送付されます。

申請者種別 ※番号のみ記載してください		1,法人 ・ 2,個人
法人の名称 ※法人のみ記載		
法人等の所在地 ※個人の方は自宅住所	〒 —	
代表者職名 ※法人のみ記載		
代表者の氏名		
本支援金に係る連絡先	担当者名	
	日中連絡の取れる電話番号	
	メールアドレス	
誓約・同意	<input type="checkbox"/> 以下の【誓約・同意事項】に誓約・同意の上、申請します。 (誓約・同意事項を御確認のうえ、チェック <input checked="" type="checkbox"/> をしてください。)	

【誓約・同意事項】

- (1) 本申請書に記載した医療機関等（以下「申請施設等」という。）は、令和7年3月31日まで運営を継続していました。
- (2) 本支援金を重複して申請していません。
- (3) 同期間及び同一施設に対する神奈川県中小製造業等特別高圧受電者支援給付金と重複して申請していません。
- (4) 代表者又は役員のうち暴力団員に該当する者はありません。
- (5) 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。また、前記により当方が不利益を被ることとなっても、異議は一切申し立てません。
- (6) 申請後に、代表者又は役員のうち暴力団員に該当する者がいないことを確認するため、県からの求めがあった場合は確認に必要な個人情報の提出に応じ、情報を神奈川県警察本部に照会することについて、代表者及び役員全員が同意しています。

事務局記入欄

※（裏面に続く）

※ホッチキス止め厳禁（止めずに封入願います）

（第1号様式 裏面）

申請対象施設

一覧は別紙のとおり※1

施設区分 ※番号のみ記載 してください	1, 病院（特別高圧受電） 2, 病院（特別高圧受電を除く） 3, 診療所（有床） 4, あん摩、はり、きゅう施術所 5, 柔道整復施術所	6, 歯科技工所 7, 無床診療所（医科） 8, 無床診療所（歯科） 9, 薬局 10, 助産所
医療機関コード 又は施術管理者 の登録記号番号	(10桁) ※2	
施設名称		
施設所在地	〒	—
使用許可病床数	床（病院及び有床診療所のみ記入）	
支給申請額		

※1 支給対象施設を2施設以上有する場合は、「 一覧は別紙のとおり」にチェックし、施設別申請額一覧（第1号様式関係 別紙）を添付してください。

※2 ①医療機関コードは10桁記載してください。

（例：14+点数コード(医科1、歯科3、薬局4)+7桁)

②施術所のうち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（柔道整復施術所にあつては「協」又は「契」+9桁の数字）を記入してください。

③償還払いのみの施術所、助産所・歯科技工所は空欄としてください。

口座振込申出書

本申請について、支給決定を受けた場合、支援金は次の口座に振り込んでください。

金融機関名		金融機関コード	
支店名		支店コード	
口座種別 ※番号のみ記載 してください	1. 普通 2. 当座 9. 上記以外	口座番号	
口座名義 (カナ)			

※ 口座名義は申請者と同一であるものに限る。

※ 口座名義（カナ）は通帳（見開きページ）の表記と同様に記載すること

事務局記入欄

※ホッチキス止め厳禁（止めずに封入願います）

（第1号様式関係 別紙）施設別申請額一覧

No	施設区分 ※1	医療機関コード (10桁)※2	施設名称	郵便番号	施設所在地	使用許可 病床数 ※3	支給申請額
1				—			円
2				—			円
3				—			円
4				—			円
5				—			円

※1 番号のみ記載してください（1, 病院（特別高圧受電）2, 病院（特別高圧受電を除く）3, 診療所（有床）4, あん摩、はり、きゅう施術所
5, 柔道整復施術所 6, 歯科技工所 7, 無床診療所（医科）8, 無床診療所（歯科）9, 薬局 10, 助産所）

※2 ①医療機関コードは10桁記載してください。（例：14+点数コード(医科1、歯科3、薬局4)+7桁)
②施術所のうち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（柔
道整復施術所にあつては「協」又は「契」+9桁の数字）を記入してください。
③償還払いのみの施術所、助産所・歯科技工所は空欄としてください。

※3 病院及び有床診療所のみ記入。

事務局記入欄