

神奈川県知事 殿

令和8年度神奈川県特別高圧受電医療機関支援金に係る支給申請書

令和8年度神奈川県特別高圧受電医療機関支援金支給要綱第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8年度神奈川県特別高圧受電医療機関支援金支給要綱を遵守します。

（添付書類）

- 1 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
- 2 特別高圧電力を契約している病院であることが確認できる書類  
例) 電気需給に関する契約書の写し等

※支給決定・不支給決定通知書は、下記に記載の所在地（住所）、代表者様宛に送付されます。

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は、令和8年9月30日まで運営を継続する予定です。
- (2) 本支援金を重複して申請していません。
- (3) 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。
- (4) 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。
- (5) 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。

※（裏面に続く）

### 申請対象施設

医療機関コード※	(10桁) ※		
施設名称			
施設所在地	〒	—	
使用許可病床数	床		
支給申請額			

※ 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)+7桁)。

※ 申請する病床数は医療法第27条に基づく使用許可病床数を原則とします。

### 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)																				

※ 口座名義人は申請者名義と同一であるものに限りません。

※ 口座名義(カナ)は通帳の見開きページの表記に合わせて記載してください。

※ 振込先口座の通帳の写し等を、口座情報の確認書類として必ずご提出ください。通帳レスやネットバンキング等により通帳がない場合は、「金融機関名、支店名、口座種別、金融機関コード、支店コード、口座番号、口座名義(カナ)」がわかる画面コピー等をご提出ください(複数枚でも可)。

〒

様

令和8年度神奈川県特別高圧受電医療機関支援金支給決定通知書

神奈川県知事  
(公印省略)

付けで申請のありました令和8年度神奈川県特別高圧受電医療機関支援金の支給については、令和8年度神奈川県特別高圧受電医療機関支援金支給要綱（以下「支給要綱」という。）の規定により次のとおり決定したので、通知します。

- 1 支給金額 円
- 2 支給条件
- (1) 令和8年度神奈川県特別高圧受電医療機関支援金支給要綱を遵守すること。
- (2) この支給金の対象となる事業は、 付けで申請のあった医療機関における事業とします。
- (3) 次の場合、この支援金の支給の決定の全部又は一部を取り消すことがあります。  
また、取り消した部分に係る支援金を返還させ、支援金の受領の日から納付の日までの日数に応じ、当該支援金の額（その一部を納付した場合におけるその後の期間については、既納額を控除した額）につき年10.95パーセントの割合で計算した加算金を徴収することがあります。  
ア 支給対象事業者に該当しないことが判明した場合  
イ 支援金の支給決定の内容又はこれに付した条件又はこの要綱に基づき知事が行った指示に違反した場合  
ウ その他、偽り等不正の手段により支援金の支給を受けたことが判明した場合
- (4) 事業に係る収入及び支出を明らかにした帳簿を備え、当該収入及び支出についての証拠書類を整理し、当該帳簿及び証拠書類を支給金の額の確定の日（事業の中止又は廃止の承認を受けた場合には、その承認を受けた日）の属する年度の終了後5年間保管しなければなりません。  
また、支給事業者が保存期間が満了しない間に解散する場合は、その権利義務を承継する者（権利義務を承継する者がいない場合は知事）に帳簿及び証拠書類を引き継がなければなりません。
- (5) 所在地又は代表者を変更したときは、速やかに文書をもって知事に届け出なければなりません。
- (6) この支援金の支給の決定の内容又は条件に不服のあるときは、この支給決定通知書を受理した日から10日を経過した日までに申請の取り下げをすることができます。

問合せ先  
健康医療局保健医療部医療整備・人材課  
物価高騰支援金担当  
電話 (045)

第3号様式（第6条関係）

第 号  
令和 年 月 日

〒

様

令和8年度神奈川県特別高圧受電医療機関支援金不支給決定通知書

神奈川県知事  
（公印省略）

申請のありました、令和8年度神奈川県特別高圧受電医療機関支援金については、不支給とすることを決定したので通知します。

1 不支給の理由

※この様式は適宜修正して使用できるものとする。

第4号様式（第7条関係）

第 号  
令和 年 月 日

〒

様

令和8年度神奈川県特別高圧受電医療機関支援金支給決定取消通知書

神奈川県知事  
（公印省略）

年 月 日 第 号で支給決定しました令和8年度神奈川県特別高圧受電医療機関支援金につきまして、支給決定を取り消しましたので通知します。

1 支給決定取消理由

※この様式は適宜修正して使用できるものとする。