

神奈川県知事 殿

令和6年度神奈川県医療機関等物価高騰対応等支援金に係る支給申請書

令和6年度神奈川県医療機関等物価高騰対応等支援金支給要綱第4条の規定に基づき、次のとおり関係書類を添えて令和6年度神奈川県医療機関等物価高騰対応等支援金の支給を申請します。なお、その支給を受けるにあたっては、令和6年度神奈川県医療機関等物価高騰対応等支援金支給要綱を遵守します。

- （添付書類）
- 1 事業を継続して実施していることを確認できる書類
例) 申請日から直近の診療（調剤）報酬支払通知書の写し、療養費支給申請に係る支払い結果通知書の写し等
- 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	<input type="checkbox"/> 法人 ・ <input type="checkbox"/> 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	〒 ー	
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6年5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。

（裏面に続く）

病院・有床診療所用

(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	<input type="checkbox"/> 病院（特別高圧受電）・ <input type="checkbox"/> 病院（特別高圧受電を除く）・ <input type="checkbox"/> 診療所（有床）		
医療機関コード	(10桁) ※2		
施設名称			
施設所在地	〒 -		
許可病床数	床（病院及び有床診療所のみ記入）		
希望する支援金 ※3	<input type="checkbox"/> 光熱費+食材料費 <input type="checkbox"/> 光熱費のみ		
支給申請額	光熱費		円
	食材料費		円

※1 支給対象事業所を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、病院・有床診療所用の施設別申請額一覧（第1号様式関係 別紙）を添付してください。

※2 医療機関コード10桁は、次のとおり記載してください。
(例：14+点数コード(医科：1、歯科：3)+7桁)

※3 希望する支援金にチェックをし、対象の支給申請額欄に金額を記入してください。

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	<input type="checkbox"/> 普通・ <input type="checkbox"/> 当座・ <input type="checkbox"/> 左記以外	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

病院・有床診療所用

(第1号様式関係 別紙) 施設別申請額一覧

No	施設区分	医療機関コード (10桁) ^{※1}	施設名称	郵便番号	施設所在地	許可病床数	希望する支援金 ^{※2}	支給申請額	
								光熱費	食材料費
1							<input type="checkbox"/> 光熱費＋食材料費 <input type="checkbox"/> 光熱費のみ	円	円
2							<input type="checkbox"/> 光熱費＋食材料費 <input type="checkbox"/> 光熱費のみ	円	円
3							<input type="checkbox"/> 光熱費＋食材料費 <input type="checkbox"/> 光熱費のみ	円	円
4							<input type="checkbox"/> 光熱費＋食材料費 <input type="checkbox"/> 光熱費のみ	円	円
5							<input type="checkbox"/> 光熱費＋食材料費 <input type="checkbox"/> 光熱費のみ	円	円

※1 医療機関コード10桁は、次のとおり記載してください。

(例：14 + 点数コード(医科：1・歯科：3) + 7桁)

※2 希望する支援金にチェックをし、対象の支給申請額欄に金額を記入してください。