

誓 約 書

年 月 日

神奈川県知事 殿

(法人等の住所) 〒 —
※個人の方は自宅住所

(法人等の名称)
※個人の方は施設名称

(代表者職・氏名)

(連絡先) — —

私は、令和5年度下半期神奈川県医療機関等物価高騰対応支援金事業の申請について、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。
(多数ある場合は、直近の案件を記載いただければ結構です。)
- (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。

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	— —