第１号様式（第５条関係）

令和　年　月　日

　神奈川県知事　殿

神奈川県病床数適正化支援給付金支給申請書

（申請者）

住　　　　　所

法人（団体）名

代 表 者 氏 名

医 療 機 関 名

　神奈川県病床数適正化支援給付金支給要綱第５条の規定に基づき、次のとおり本支給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、神奈川県病床数適正化支援給付金支給要綱を遵守するとともに、以下の事項に誓約・同意の上、申請します。

１　代表者又は役員のうちに暴力団員に該当する者はおりません。

２　申請後に、代表者又は役員のうちに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。

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、本給付金を返還します。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。

４　令和７年９月30日まで廃院せず、10月１日以降も廃院を予定していません。

５　令和７年９月30日まで事業譲渡等を行わず、10月１日以降も事業譲渡等を予定していません。

（添付書類）

１　第１号様式別表　事業計画書

２　口座振込申出書

３　役員氏名等一覧表

４　許可病床を削減したことを証明する書類の写し

（問合せ先）

部 署 名：

担当者名：

電話番号：

ﾒｰﾙｱﾄﾞﾚｽ：