令和５年度医療従事者勤務環境改善等支援事業支援金意向申込書

令和　　年　　月　　日

　神奈川県知事　殿

郵便番号

住所

法人（団体）名

代表者氏名

電話番号

　医療従事者勤務環境改善等支援事業支援金の給付を受けたいので、申請します。

１　対象　　神奈川モデル認定医療機関等　・　発熱診療等医療機関

２　医療機関コード（10桁）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

担当者

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話

第１号様式（第４条関係）

令和５年度医療従事者勤務環境改善等支援事業支援金給付申請書

令和　　年　　月　　日

　神奈川県知事　殿

郵便番号

住所

法人（団体）

代表者氏名

電話番号

　医療従事者勤務環境改善等支援事業事務処理要綱（以下、「要綱」という。）に基づき、医療従事者勤務環境改善等支援事業支援金の給付を受けたいので、関係書類を添えて申請します。なお、給付を受けるにあたっては、要綱を遵守します。

　給付申請額　　金　　　　　　　　　　　円

１　本支援金の申請にあたって、次の事項を誓約します。

(1)本申請書に記載した医療機関は、令和５年１月１日時点にて神奈川モデル認定医療機関等又は発熱診療等医療機関の指定を受け、本事業開始時に運営を継続する医療機関です。

(2)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。

 (3)申請書及び実施報告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、給付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。

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　添付資料

　　令和５年度医療従事者勤務環境改善等支援事業実施報告書（第２号様式）

　　口座振込申出書

　　振込先口座の通帳の写し等、振込先口座が確認できる書類

担当者

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話

口座振込申出書

本申請について、給付決定を受けた場合、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 |  | 支店番号 |  |
| 預金種別 |  | 口座番号 |  |
| 口座名義人（漢字） |  |
| 口座名義人（カナ） |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

※口座名義は申請者と同一であるものに限る。