

記載例

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5年6月1日

神奈川県知事 殿

郵便番号 〇〇〇-〇〇〇〇

住所 横浜市中区日本大通〇

法人(団体)名 医療法人〇〇会△△クリニック

代表者氏名 〇〇 〇〇

電話番号 045-〇〇〇-〇〇〇〇

印不要

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 神奈川県モデル認定医療機関等 ・ 発熱診療等医療機関

※どちらか1つに丸をしてください

- 2 医療機関コード(10桁)

1	4	1	0	0	0	0	0	0	1
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

精神科コロナ重点医療機関等  
を含む

10桁で記載してください。  
「14(神奈川県)+1(医科)  
+7桁」です。

担当者

神奈川 太郎

電話 045-〇〇〇-〇〇〇〇

記載例

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5年9月1日

神奈川県知事 殿

郵便番号 〇〇〇-〇〇〇〇

住所 横浜市中区日本大通〇

法人（団体）名 医療法人〇〇会△△クリニック

代表者氏名 〇〇 〇〇

電話番号 045-〇〇〇-〇〇〇〇

印不要

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 1,900,000 円

内示通知書に記載された  
金額を転記

- 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暴力団員に該当する者はありません。
  - (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  
神奈川 太郎  
電話 045-〇〇〇-〇〇〇

# 記載例

## 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	横浜銀行	金融機関コード	0138							
支店名	県庁支店	支店番号	316							
預金種別	普通	口座番号	1234567							
口座名義人（漢字）	医療法人〇〇会△△△クリニック									
口座名義人（カナ）	イ	)	〇	〇	カ	イ	△	△	ク	リ
	ニ	ッ	ク							

※口座名義は申請者と同一であるものに限る。

振込エラー防止のため、大文字、小文字、  
スペースは明確に