

別記様式(第4条関係)(病院、診療所、歯科診療所、助産所、薬局、施術所用)

令和〇年〇月〇日

大田市長様

(申請者) 郵便番号 〇〇〇-〇〇〇〇
住所 大田市〇〇町〇〇 〇〇番地
氏名 〇〇法人 〇〇会
理事長 〇〇 〇〇

法人の場合は法人の名称・代表者の役職・氏名
個人事業主の場合は施設の名称・代表者の役職・氏名

医療・介護・保育施設等物価高騰対策応援金(医療機関・薬局等分)支給申請書

医療・介護・保育施設等物価高騰対策応援金(医療機関・薬局等分)の支給を受けたいので、下記のとおり申請します。

記

1 申請額 金 400,000 円

2 申請内訳

施設区分	施設名	所在地	病床数(床)	基本額(円)	病床加算(円)	支給額(円)
病院 有床診療所	〇〇診療所	大田市〇〇町〇〇 〇〇番地	15	100,000	1床あたり 20,000	400,000
				100,000	1床あたり 20,000	
無床診療所 歯科診療所				100,000		
				100,000		
助産所 薬局 施術所				50,000		
				50,000		
合計						400,000

3 振込口座

金融機関・支店名	〇〇〇〇	<input checked="" type="checkbox"/> 銀行 <input type="checkbox"/> 金庫 <input type="checkbox"/> 組合	〇〇	<input type="checkbox"/> 本店 <input checked="" type="checkbox"/> 支店 <input type="checkbox"/> 出張所
預貯金種別	<input checked="" type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座			
口座番号	〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇	※口座番号は右詰めで記入してください		
フリガナ	マルマルハウジン マルマルカイ リンジョウ マルマル マルマル			
口座名義	〇〇法人 〇〇会 理事長 〇〇 〇〇			

4 担当者情報

担当者職・氏名	事務長 〇〇 〇〇
電話番号	〇〇〇〇-〇〇-〇〇〇〇
メールアドレス	〇〇〇〇@〇〇〇.〇〇

添付書類: ①宣誓書(支給申請書・別紙)
②振込口座の通帳オモテ面、1・2ページ目の両方の写し
※紙媒体の通帳が無い場合は、口座番号等の口座情報がわかるものの写し