

大田市長 様

(申請者) 郵便番号
住 所
氏 名

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 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				100,000	1床あたり 20,000	
				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						

3 振込口座

金融機関・支店名		<input type="checkbox"/> 銀行 <input type="checkbox"/> 金庫 <input type="checkbox"/> 組合	<input type="checkbox"/> 本店 <input type="checkbox"/> 支店 <input type="checkbox"/> 出張所
預貯金種別	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座		
口座番号	※口座番号は右詰めで記入してください		
フリガナ			
口座名義			

4 担当者情報

担当者職・氏名	
電話番号	
メールアドレス	

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

宣誓書

私は、医療・介護・保育施設等物価高騰対策応援金（以下、「応援金」という。）の支給の申請に当たり、下記の内容について、宣誓します。

宣誓した内容と事実が相違することが判明した場合には、応援金の支給を受けられないことになっても異議はございません。また、これにより生じた損害については、当方が一切の責任を負うものとします。

記

- (1) 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）支給要綱（以下「要綱」という。）第2条の支給の対象事業者の要件を満たしています。
- (2) 応援金の支給申請書及び添付書類の内容に虚偽はありません。
- (3) 要綱第6条の不支給要件に該当しません。
- (4) 市長が市税等の納付状況の確認を行うことについて同意します。
- (5) 不正受給その他の不正な行為があると認めるときは、要綱第13条の規定により、氏名・名称などの情報が公表されることに同意します。
- (6) 応援金の支給を受けた後、市長が虚偽や不正の申請であると認定した場合は応援金の返還や必要な加算金の支払に応じます。
- (7) その他、要綱の規定には従います。

以上

大田市長 様

令和 年 月 日

名称(法人名等)

代表者役職及び氏名

印[※]

※個人の場合は自署により押印を省略することができます。法人の場合は代表者名の記名押印をお願いします。