

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支給申請書

医療・介護・保育施設等物価高騰対策応援金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 169,500 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	42,000	1床あたり 8,500	169,500
				42,000	1床あたり 8,500	
無床診療所 歯科診療所				42,000		
				42,000		
助産所 薬局 施術所 歯科技工所				21,000		
				21,000		
合 計						169,500

3 振込口座

金融機関・支店名	〇〇〇〇	☒ 銀行 ☐ 金庫 ☐ 組合	〇〇	☐ 本店 ☒ 支店 ☐ 出張所
預貯金種別	☒ 普通 ☐ 当座 ☐ 貯蓄 ☐ その他(			

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

5 その他提出資料

- (別紙1) 宣誓書
- 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
※令和5年度実施分と同じ振込口座の場合は不要