

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 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<br>有床診療所               |     |     |        | 56,000 | 1床あたり<br>11,500 |        |
|                           |     |     |        | 56,000 | 1床あたり<br>11,500 |        |
| 無床診療所<br>歯科診療所<br>巡回診療    |     |     |        | 56,000 |                 |        |
|                           |     |     |        | 56,000 |                 |        |
| 助産所<br>薬局<br>施術所<br>歯科技工所 |     |     |        | 28,000 |                 |        |
|                           |     |     |        | 28,000 |                 |        |
| 合 計                       |     |     |        |        |                 |        |

3 振込口座

|          |                                                                                                                                          |                                                                                           |  |                                                                                            |
|----------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------|--|--------------------------------------------------------------------------------------------|
| 金融機関・支店名 |                                                                                                                                          | <input type="checkbox"/> 銀行<br><input type="checkbox"/> 金庫<br><input type="checkbox"/> 組合 |  | <input type="checkbox"/> 本店<br><input type="checkbox"/> 支店<br><input type="checkbox"/> 出張所 |
| 預貯金種別    | <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座 <input type="checkbox"/> 貯蓄 <input type="checkbox"/> その他(                      ) |                                                                                           |  |                                                                                            |
| 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

|          |  |
|----------|--|
| 担当者職名・氏名 |  |
| 電話番号     |  |
| メールアドレス  |  |

5 その他提出資料

- ☐ (別紙1) 宣誓書
- ☐ 振込口座を確認できる書類(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7年度実施分と同じ振込口座の場合は不要