

令和5年度福島県医療施設等物価高騰対策支援金（第2回）  
交付申請書兼実績報告書

福島県知事 様

下記のとおり令和5年度福島県医療施設等物価高騰対策支援金（第2回）の交付を受けたいので、関係書類を添えて申請します。  
なお、下記に記載した事項については事実と相違ありません。

令和 年 月 日

※令和5年10月1日時点で県内に開業している個人または法人が支援対象となります。

施設等の種別	病院（許可病床数が299床以下）
法人の所在地	〒960-0000 福島市0000
法人名	医療法人0000
法人の代表者氏名	理事長 00 00 〒960-0000
施設等の所在地	福島市0000
施設等の名称	000病院
施設等の代表者氏名	院長 00 00
本件責任者氏名	事務長 00 00
本件担当者氏名	主任 00 00
電話番号	***-***-***
メールアドレス	***@*****.jp

※施設ごとに申請してください。

記

申請金額 金 4,140,000 円

Excelで作成した場合は自動計算

1 積算

対象施設種別	あてはまる種別に☑	床	令和5年度報告済	補助額
病院（許可病床数が300床以上）	<input type="checkbox"/>	床	<input type="checkbox"/>	
病院（許可病床数が299床以下）	<input checked="" type="checkbox"/>	100 床	<input checked="" type="checkbox"/>	4,140,000
診療所（有床）	<input type="checkbox"/>	床	<input type="checkbox"/>	
診療所（無床）	<input type="checkbox"/>			
歯科診療所	<input type="checkbox"/>			
助産所	<input type="checkbox"/>			
薬局	<input type="checkbox"/>			
歯科技工所	<input type="checkbox"/>			
施術所	<input type="checkbox"/>			

病床機能報告が未了の場合は報告後に申請してください。

2 交付要件の確認

医療機関コード、登録記号番号等を記入してください。

医療機関コード等	0	7	*	*	*	*	*	*	*	*
----------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

※番号の無い施設は、「9999999999」を記入すること。

3 誓約事項

全ての事項に誓約いただけない場合は申請できません。

<input checked="" type="checkbox"/>	支援金に関する書類を整理し、支援金を交付した年度終了後5年間保管します。
<input checked="" type="checkbox"/>	この支援金と支援内容が重複する他の補助金等の交付を受けていません。
<input checked="" type="checkbox"/>	虚偽その他不正な手段により支援金の交付を受けません。

※誓約事項の全ての項目にチェックマークがついた場合にのみ支援金を交付します。

（次頁に続く）

4 振込口座

金融機関名 (ゆうちょ以外)	〇〇銀行		支店・支所名		〇〇支店		
ゆうちょ銀行	店番						
共通	預金種別	普通・当座・その他 ( <b>口座番号は右詰めで記載</b> )					
(振込口座は申請者本人の口座 (法人の場合は当該法人又は施設の 口座)に限る。)	口座番号 (右詰めで記入)	1	2	3	4	5	6
	フリガナ	イヨホウジツン〇〇〇〇 リンショウ 〇〇〇〇					
	口座名義	医療法人〇〇〇〇 理事長 〇〇〇〇					

※上記の太線内を記入してください。

**施設種別によって添付書類が異なりますのでご注意ください。**

5 添付書類

全施設共通	<input checked="" type="checkbox"/>	振込口座の通帳等の写し (口座番号、口座名義等が確認できるもの)
助産所の場合	<input type="checkbox"/>	出産育児一時金請求のための助産所コート通知の写し、又は市町村から委託を受けて産後ケア事業、産婦健診、妊婦健診等を実施していることが分かるもの
薬局の場合	<input type="checkbox"/>	保険薬局指定通知書の写し
施術所の場合	<input type="checkbox"/>	登録記号番号が確認できるもの、又は保険施術を行っていることが確認できるもの

※添付書類を確認のうえ、チェックマークを付けてください。