

# 令和6年度福島県医療施設等物価高騰対策支援金 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6年度福島県医療施設等物価高騰対策支援金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6年4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 〇〇 〇〇 〒960-0000
施設等の所在地	福島市0000
施設等の名称	〇〇〇病院
施設等の代表者氏名	院長 〇〇 〇〇
本件責任者氏名	事務長 〇〇 〇〇
本件担当者氏名	主任 〇〇 〇〇
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 2,466,000 円

## 1 積算

Excelで作成した場合は自動計算

対象施設種別	該当する種別に <input checked="" type="checkbox"/> を入れてください。	・精神科病床以外の場合は、令和5年度の病床機能報告最大使用病床数 ・精神科病床の場合は、令和6年4月及び5月の精神科病院月報における「最大稼働病床数（月末患者数のうち最大の患者数）」 ※新型インフルエンザ等対策特別措置法の規定により届け出た病床（医療法の規定に基づく許可病床以外の増床分）の使用病床数を含む。 ※使用していない病床は支援対象外 ※病院・診療所（有床）のみ記入	補助金の額
病院（許可病床数が300床以上）	<input type="checkbox"/>	床 報告済 <input type="checkbox"/>	
病院（許可病床数が299床以下）	<input checked="" type="checkbox"/>	250 床 報告済 <input checked="" type="checkbox"/>	2,466,000
診療所（有床）	<input type="checkbox"/>	床 報告済 <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をしてください。**

## 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  (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。)	預金種別	普通・当座					
	口座番号 (右詰めで記入)	1	2	3	4	5	6
	フリガナ	リョウホクシヨウ 〇〇〇〇 リジチョウ 〇〇〇〇					
	口座名義	医療法人〇〇〇〇 理事長 〇〇〇〇					

口座番号は右詰めで記載

※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御注意ください。

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。