

医療施設食事療養費支援金支給申請書 (病院・有床診療所(医科・歯科))

提出日(発送日)を記入してください。

令和 年 月 日

秋田県知事 あて

次のとおり、医療施設食事療養費支援金の支給を申請します。

1 申請者

フリガナ	イリョウホウジン	フリガナ	リジチョウ	〇〇〇〇
法人: 法人の名称 個人事業者: 代表者の氏名	医療法人〇〇	(法人の場合) 代表者	職 理事長	氏名 〇〇〇〇
法人: 法人の所在地 個人事業者: 施設等の所在地	〒 010 - ****			
担当者氏名	申請額は、「許可病床数」×「基準単価」です。 ※データで作成する場合は、自動で入力されます。			
担当者メールアドレス	電話番号			

2 申請額

施設等区分	施設等の名称 ※1	所在地	許可病床数 ※2	基準単価	申請額	
病院	〇〇病院	秋田市〇〇123	20	3,200	64,000	
※ 次のいずれかの「施設等区分」を記入してください。 【病院/有床診療所】 ※データで作成する場合は、プルダウンから選択できます。					合計	64,000

申請日現在の許可病床数(休床は除く。)を記入してください。
※データで作成する場合は、入力すると「申請額」が自動計算で入力されます。

基準単価は病院・有床診療所ともに3,200円となります。

振込通帳等の「金融機関名」「支店名」「預金種別」「口座番号」「口座名義人(フリガナ)」が読み取れる書類を添付してください。

3 振込先 <振込先が分かる書類(預金通帳等)の写しを必ず添付してください>

金融機関名	〇〇銀行	支店名	〇〇支店
金融機関コード(ゆうちょ銀行は記号)	****	支店コード(3桁)	* * * ゆうちょ銀行は不要
口座種別(ゆうちょ銀行は不要)	普通・当座	口座番号	*****
口座名義人 ※カタカナで記載	イリョウホウジン〇〇 リジチョウ〇〇〇〇		

※必ず申請者名義の口座を指定すること。(法人の場合は当該法人、個人事業者の場合は当該個人の口座に限る。)

全てにチェックがなければ支給を受けることができません。

4 支給要件※すべてのチェックがなければ支給を受けることができません。

支給を申請する施設等は下記の要件を満たしています。

- 申請日時点で休止中でなく、休止又は廃止の予定もない。
- 令和6年4月1日以前に、医療法に基づき開設している病院又は診療所(社会福祉施設の医務室を除く。)のうち、保険医療機関の指定を受けている施設である。
- 秋田県暴力団排除条例(平成23年秋田県条例第29号)に規定する暴力団員又は暴力団員と密接な関係を有する者が開設、運営又は出資する施設等ではない。
- 支援金の支給決定後に支給要件に該当しない事実や不正等が発覚した場合は、速やかに支援金を返還する。