

受付日		受付番号	
-----	--	------	--

提出日(発送日)を記入してください。

医療施設等物価高騰対策支援金支給申請書

(無床診療所(医科・歯科)・薬局・助産所・訪問看護ステーション・施術所用)

令和 年 月 日

秋田県知事 へ

次のとおり、医療施設等物価高騰対策支援金の支給を申請します。

個人事業者の場合は記入不要です。
押印は不要です。

1 申請者

フリガナ	カブシキガイシャ〇〇ヤッキョク	フリガナ	ダイヒョウトリシマリヤク	〇〇〇〇
法人: 法人の名称 個人事業者: 代表者の氏名	株式会社〇〇薬局	(法人の場合) 代表者	職 代表取締役	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 - **** 秋田市〇〇123			
担当者氏名	〇〇〇〇			
担当者メールアドレス	****@****.jp	電話番号	018-〇〇〇-〇〇〇〇	

2 申請額

(単位: 円)

施設等区分	施設等の名称※1	所在地	管理コード (10桁)※2	申請額 無床診療所: 100,000円 その他: 20,000円
薬局	〇〇薬局	秋田市〇〇123	*****	20,000
<p>次のいずれかの「施設等区分」を記入してください。 【無床診療所(医科) / 無床診療所(歯科) / 薬局 / 助産所 / 訪問看護ステーション / 施術所】</p> <p>※データで作成する場合は、プルダウンから選択できます。選択した区分により「申請額」が自動で入力されます。</p> <p>申請額は、無床診療所は1施設あたり定額100,000円、その他(薬局・助産所・訪問看護ステーション・施術所)は1施設あたり定額20,000円です。 ※データで作成する場合は、自動で入力されます。</p>				
合計				20,000

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。

※1 施設等の名称は略さずに正式名称を記入すること。
※2 薬局及び訪問看護ステーションは「医療機関コード(10桁)」と同様。助産所・施術所は事務局での管理用コードです。

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)	* * *
口座種別(ゆうちょ銀行は不要)	普通	口座番号	*****
口座名義人 ※カタカナで記載	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。)

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。

 チェックしてください。

支給を申請する施設等は下記の要件を満たしています。

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。

- 市町村又は一部事務組合が開設、運営又は出資する施設等ではない。
- 令和7年3月31日時点で運営中である。
- 令和6年4月1日以前に、診療所(社会福祉施設の医務室を除く。)においては医療法に基づき開設し保険医療機関の指定を受けていること、助産所・訪問看護ステーション(指定訪問看護事業者に限る)においては開設の許可を受けていること、薬局においては保険薬局であること、施術所においては受領委任の取扱いの指定又は医療保険(療養費)の対象となる施術をおこなっていたこと。
- 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。
- 出張専業ではない。
- 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。