

受付日

受付番号

医療施設等物価高騰対策支援金支給申請書  
(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、医療施設等物価高騰対策支援金の支給を申請します。

1 申請者

Table with 4 columns:フリガナ, 法人/個人事業者, 職, 氏名. Includes fields forフリガナ, 医療法人, 理事長, 氏名, 所在地, 担当者, and メールアドレス.

申請額①は、「基準単価」+「加算額」です。 ※データで作成する場合は、自動で入力されます。

2 申請額

(単位:円)

Main table with columns:施設等区分, 施設等の名称, 所在地, 管理コード, 許可病床数, 基準単価, 加算額, 申請額①, 申請額②, 合計. Includes detailed callouts for calculation and data entry instructions.

※1 施設等の名称は略さず正式名称を記入すること。 ※2 管理コードは「医療機関コード(10桁)」と同様。 ※3 申請日時点の病床数(休止病床を除く)。 ※4 申請日時点の病床数(休止病床を除く)。

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

Table for bank transfer details including 金融機関名, 支店名, 口座種別, 口座番号, and 口座名義人.

※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、個人事業主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。

- 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4月1日以前(食材料費の場合は令和7年10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。

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。