

医療施設等処遇改善・物価上昇支援事業
(医療施設等賃上げ支援事業・医療施設等物価支援事業)
支給申請書(無床診療所(医科・歯科))

令和8年2月19日

秋田県知事 鈴木 健太 あて

医療施設等処遇改善・物価上昇支援金支給要綱第7条の規定により、以下のとおり申請します。

1 申請者

※原則として申請は1者につき1申請とします。施設が複数ある場合は、代表者がまとめて申請してください。

Table with applicant information: 法人名 (社会医療法人医務薬事会), 代表者 (理事長 秋田 太郎), 郵便番号 (010-8570), 住所 (秋田市山王四丁目1番1号)

〈ご担当者〉※日中連絡の取れる方の情報を記載してください。

Table with contact information: 担当部署 (法人事務局総務課), 氏名 (秋田 次朗), 電話番号 (018-860-1401), FAX (018-860-****), メールアドレス (Imuyakujikai@pref.akita.lg.jp)

2 申請額

Main table for application amounts with columns for facility name, location, application status, and amount. Includes callouts explaining application rules and a summary row showing a total of 660,000.

(※1) 施設等の名称は略さず正式名称を記入すること。
(※2) 申請する場合は、支給額以上の賃上げ事業を実施してください。

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〉

Table for bank transfer details: 金融機関名, 支店名, 口座種別, 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。)