

受付日

受付番号

医療施設物価高騰対策支援金支給申請書
（病院・有床診療所（5床以上）用）

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

フリガナ	イリョウホウジン ○○	フリガナ	リジチョウ	氏名	○○○○
法人：法人の名称 個人事業者：代表者の氏名	医療法人 ○○	（法人の場合） 代表者	職 理事長	氏名	○○○○
法人：法人の所在地 個人事業者：施設等の所在地	〒 ○○○ – ○○○○ 秋田市○○○123				
担当者氏名	○○○○				
担当者メールアドレス	****@****.jp	電話番号	○○○-○○○-○○○○		

2 申請額

（単位：円）

施設区分	施設等の名称 ※1	所在地	管理コード (10桁) ※2	支援額		
				許可 病床数 ※3	支援単価 33,000円	支援金額 許可病床数×支援単価
病院	○○病院	秋田市○○○123	*****	30	33,000	990,000
				申請日時点の許可病床数（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「支援金額」が自動計算で入力されます。		
				基準単価は1病床あたり33,000円です。 ※データで作成する場合は「施設区分」を選択すると自動で入力されます。		
				許可病床数×支援単価33,000円の計算金額を入力してください。 ※データで作成する場合は、自動で入力されます。		
				支援額の合計金額を記入してください。 ※データで作成する場合は、自動で入力されます。		
				合計	990,000	

※1 施設等の名称は略さずに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)。□

次のいずれかの「施設区分」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

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	○○銀行	支店名	○○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	口座番号	*****			
口座名義人 ※カタカナで記載	○○○○					

※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。
- 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8年4月1日以前に、医療法（昭和23年法律第205号）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。