様式第１号（第５条関係）

県記載欄（申請者は記入不要です）

受付日		受付番号	

社会福祉施設等医療・衛生用資材価格高騰対策支援金支給申請書
（③医療機関〔病院、医科診療所（有床・無床）、歯科診療所〕用）

令和　　年　　月　　日

長野県知事　様

次のとおり、社会福祉施設等医療・衛生用資材価格高騰対策支援金の支給を申請します。

１　申請者

フリガナ		フリガナ	
法人：法人の名称 個人事業者：代表者の氏名		（法人の場合） 代表者	職　　氏名
法人：本店の所在地 個人事業者：施設等の所在地	〒　　－		
担当者氏名			
担当者メールアドレス		電話番号	

２　申請額

（単位：円）

施設等区分	施設等の名称 ※１	所在地	医療機関コード （10桁） 医科：201+７桁 歯科：203+７桁	許可病床数 ※２	申請額 病院：35,000円×病床数 医科診療所（有床）：4,000円×病床数 （13床以下の場合は54,000円） 医科診療所（無床）、歯科診療所：54,000円
					0
					0
					0
					0
					0
					0
					0
					0
				合計	0

※１　施設等の名称は略さずに正式名称を記入すること。
※２　許可病床数は医科診療所（無床）・歯科診療所は記入不要。

３　振込先

金融機関名		支店名	
金融機関コード（４桁）		支店コード（３桁）	
口座種別		口座番号（７桁）	
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。）
※口座番号は右詰めで記入すること。

４　支給要件

※すべ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。

支給を申請する施設等は下記の要件を満たしています。

□　医療・衛生用資材の価格高騰の影響を受けていること。

□　申請日時点で休止中でなく、また、支援対象期間（令和８年６月１日～同年９月30日）において休止又は廃止の予定がないこと。

□　令和８年６月１日時点で、保険医療機関であること。

５　誓約

※すべ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。

私は、社会福祉施設等医療・衛生用資材価格高騰対策支援金を申請するに当たり、下記の内容について誓約します。
なお、この誓約が虚偽であり、又はこの誓約に反したことにより、当方が不利益を被ることとなっても、異議は一切申し立てません。

□　県税に滞納はありません。

□　長野県暴力団排除条例（平成23年長野県条例第21号）第２条第２号に規定する暴力団員又は同条例第６条第１項に規定する暴力団関係者ではありません。

□　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します。

所在地

法人名　　※個人は記入不要

代表者職氏名

県記載欄（申請者は記入不要です）

日付					
担当者					