

記載例

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

社会福祉施設等価格高騰対策支援金支給申請書
(④医療機関〔病院、医科診療所(有床・無床)、歯科診療所〕用)

令和 8 年 〇 月 〇 日

提出日(発送日)を記入してください。

長野県知事 様

次のとおり、社会福祉施設等価格高騰対策支援金の支給を申請します。

1 申請者

Application form for applicant details including name, address, and contact information.

個人事業者の場合は記入不要です。
押印は不要です。

2 申請額

Table showing application amounts for different facility types (Hospital, Clinic) with columns for facility name, location, code, and amount.

申請額は「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。

次のいずれかの「施設等区分」を記入してください。
病院/医科診療所(有床)/医科診療所(無床)/歯科診療所

※病院・医科診療所(有床)のみ
令和7年12月1日現在の許可病床数を記入してください。

「施設等区分」に応じた基準単価を記入してください。

※病院・医科診療所(有床)のみ
「施設等区分」に応じた加算額を記入してください。

行が不足する場合は、様式をコピーするなどして2枚目に記入してください。
※データで作成する場合は、行をコピーして追加し、記入してください。

3 振込先

Form for bank transfer details including bank name, branch, and account information.

前回の長野県社会福祉施設等価格高騰対策支援金(申請期間:令和7年4月16日~同年6月30日)の支給を受けている場合は、できる限り前回と同じ口座を振込先に指定いただきますようお願いいたします。

4 支給要件

Form for payment conditions with checkboxes for eligibility criteria.

振込通帳等の「金融機関名」「支店名」「口座種別」「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。

5 誓約

Form for commitment statements regarding tax and other conditions.

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。

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。

代表者名の記入は印字、ゴム印等も可です。(自筆である必要はありません。)
また、押印は不要です。

県記載欄(申請者は記入不要です)

County information form with fields for date and representative.