

記載例

様式第1号(第5条第2項関係)

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
兼 診療所等物価上昇対応支援金支給申請書
(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

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及び診療所等物価上昇対応支援金の支給を申請します。

提出日(発送日)を記入してください。

1 申請者

Table with 4 columns:フリガナ, 法人/個人事業者, 所在地, 担当者氏名/メールアドレス, フリガナ/職, 氏名, 代表者, 理事長, 電話番号. Includes handwritten entries like 'イリョウホウジン', '医療法人', '長野市', '026-***-***'.

・個人事業者の場合は記入不要です。
・押印は不要です。

※医科診療所(有床)のみ
令和7年8月1日現在の許可病床数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「加算額」が自動計算で入力されます。

2 申請額

Main table for application amounts with columns for facility type, name, location, code, permitted beds, standard unit, addition amount, application amount, and total. Includes handwritten entries for '〇〇クリニック' and '△△クリニック'.

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
【参照:申請要項4頁の2(1)】
※データで作成する場合は、プルダウンで「施設等区分」が選択できます。選択した区分により「基準単価」が自動で入力されます。

※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。
※データで作成する場合は、入力すると「加算額」が自動計算で入力されます。

「施設等区分」に応じた基準単価を記入してください。
【参照:申請要項6頁の4】
※データで作成する場合は、自動で入力されます。

※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。
【参照:申請要項6頁の4】
※データで作成する場合は、自動で入力されます。

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。

※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

Table for remittance details with columns for financial institution name, code, branch name, account type, and account holder. Includes handwritten entries like '〇〇銀行', '△△支店', 'イ.〇〇 リジチョウ'.

・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けますようお願いいたします。

・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。

※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、個人事業者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。

4-1 支給要件(社会福祉施設等価格高騰対策支援金)

※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。

- ☑ 光熱費、食材費について原油価格等の高騰の影響を受けていること。
☑ 申請日時時点で休止中でなく、また、支援期間において休止又は廃止の予定がないこと。
☑ 令和7年12月1日時点で、保険医療機関であること。

4-2 支給要件(診療所等物価上昇対応支援金)

※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。

- ☑ 申請日時時点で休止中でないこと。
☑ 健康保険法(大正十一年法律第七十号)上の保険医療機関コードが発行されており、令和7年4月1日から本事業の申請時点までに診療報酬請求の実績があること。

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。

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、社会福祉施設等価格高騰対策支援金等を申請するにあたり、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)に規定する暴力団員又は暴力団若しくは暴力団員と密接な関係を有する者ではありません。
☑ 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。

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。

所在地 長野市〇〇123
法人名 医療法人〇〇
代表者職氏名 理事長 〇〇〇〇

※個人は記入不要

県記載欄(申請者は記入不要です)

Table for county registration with columns for date and representative name.