

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 (⑥薬局用)

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及び診療所等物価上昇対応支援金の支給を申請します。

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, 電話番号. Includes handwritten red text for applicant details.

・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 with 8 columns: 施設等区分, 施設等の名称, 所在地, 医療機関コード, 社会福祉施設等価格高騰対策支援金, 診療所等物価上昇対応支援金, 補助額, 申請額計. Includes handwritten red text and a summary row.

店舗数は、厚生(支)局へ届出を行っている「保険薬局における施設基準届出状況報告書」または「特掲診療料の施設基準等に係る届出書」に記載している令和7年4月30日時点の数と一致させてください。

★支給額★(当該保険薬局を含みます)・1店舗以上5店舗以下は、85,000円・6店舗以上19店舗以下は、75,000円・20店舗以上は、50,000円

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。

合計欄に、「社会福祉施設等価格高騰対策支援金(60,000円)」と「診療所等物価上昇対応支援金の補助額欄」の和が入力されているか確認してください。

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。

※ 施設等の名称は略さず正式名称を記入すること。

3 振込先

Table with 4 columns: 金融機関名, 金融機関コード, 口座種別, 口座名義人, 支店名, 支店コード, 口座番号. Includes handwritten red text for bank and branch details.

※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。

・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。

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。
☑ 申請日時点で休止中ではなく、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、保険薬局であること。

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。

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。

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※ 有限会社〇〇薬局

※個人は記入不要

代表者職氏名 代表取締役 〇〇〇〇

県記載欄(申請者は記入不要です)

Table with 2 columns: 日付, 担当者. Includes empty cells for date and signature.