

# 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 年 月 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

フリガナ	イリョウハウジン〇〇	フリガナ	リジチョウ	〇〇〇〇
法人: 法人の名称 個人事業者: 代表者の氏名	医療法人〇〇	(法人の場合) 代表者	職 理事長	氏名 〇〇〇〇
法人: 本店の所在地 個人事業者: 施設等の所在地	〒 380 - **** 長野市〇〇123			
担当者氏名	〇〇〇〇			
担当者メールアドレス	*****@****.jp	電話番号	026-〇〇〇-〇〇〇〇	

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

(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)	許可病床数 ※2	基準単価 <small>病院: 180,000円 有床診療所: 180,000円 無床診療所: 90,000円 歯科診療所: 90,000円</small>	加算額 <small>病院、有床診療所: 20,000円×許可病床数</small>	申請額
病院	〇〇病院	長野市〇〇123	*****	150	180,000	3,000,000	3,180,000
医科診療所(有床)	〇〇診療所	長野市〇〇456	*****	15	180,000	300,000	480,000

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  
【参照: 申請要項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。

※病院・医科診療所(有床)のみ  
令和4年10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4】

※データで作成する場合は、  
自動で入力されます。

※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。  
【参照: 申請要項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、非表示  
の行を表示できます。

※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。

合計 3,660,000

### 3 振込先

金融機関名	〇〇銀行				支店名	〇〇支店			
金融機関コード (4桁)	*	*	*	*	支店コード (3桁)	*	*	*	
口座種別	普通				口座番号 (7桁)	*	*	*	* * *
口座名義人 <small>※カタカナで記載</small>	イリヨウハウジン〇〇 リジチヨウ〇〇〇〇								

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。

※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。

- 光熱費、食材費、ガソリン代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なく、また、休止又は廃止の予定がないこと。
- 令和4年10月1日時点で、保険医療機関であること。

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。

### 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若しくは暴力団又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。

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

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)

日付					
担当者					