様式第４号（第７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　支給同意書兼変更届

令和　　年　　月　　日

長野県知事　様

社会福祉施設等医療・衛生用資材価格高騰対策支援金の受給に当たり、次のとおり届け出ます。

## １　支給を受ける者

| | | | |
|---|---|---|---|
| 法人：法人の名称<br>個人事業者：代表者の氏名 | | （法人の場合）<br>代表者 | 職　　氏名 |
| 法人：本店の所在地<br>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　支給を受ける施設

| 整理番号<br>※１ | 施設等区分<br>次から選択してください。<br>高齢者福祉施設／障がい福祉施設／病院・医科診療所／歯科診療所／助産所／薬局／施術所／歯科技工所 | 施設等の名称 ※２ | 支給予定通知書に記載された支給予定内容の変更の有無 | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | 該当する方に☑ | | **変更ありに☑した場合は**変更内容を記載してください | |
| | | | 変更なし | 変更あり | 変更する項目<br>※３ | 変更後の内容 ※４ |
| | | | □ | □ | | |
| | | | □ | □ | | |
| | | | □ | □ | | |
| | | | □ | □ | | |
| | | | □ | □ | | |
| | | | □ | □ | | |
| | | | □ | □ | | |
| | | | □ | □ | | |

※1　支給予定通知書に記載された「整理番号」を記入してください。

※2　施設等の名称は略さずに正式名称を記入してください。

※3　変更する項目の記載例：「施設等の名称」「施設等の所在地」「利用定員」「許可病床数」「振込先口座」等

※4　「振込先口座」を変更する場合は、「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）」が読み取れる通帳等の写しを添付してください。

**３　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の受給に当たり、上記「２　支給を受ける施設」に記載した全ての施設について、下記のとおり誓約します。

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。

□　次の支給要件を満たします。

・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。

□　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。