別記

医療

様式（第４条関係）

第 号

年　月 日

岐阜県知事 　様

住所

申請事業者名

（法人の場合のみ）

代表者職氏名

（個人の場合は申請者氏名）

岐阜県医療機関光熱費高騰対策支援金交付申請書

下記のとおり岐阜県医療機関光熱費高騰対策支援金の交付を受けたいので、関係書類を添えて申請します。

記

１　申請額 金 円

２　施設の種類（いずれかに〇を付すこと。）

　病院 ・ ３床以上の有床診療所※１ ・ ３床未満の有床診療所 ・ 無床診療所※２ ・ 助産所

※１　有床診療所とは患者を入院させるための施設を有する診療所をいう。

※２　無床診療所とは患者を入院させるための施設を有しない診療所をいう。

３　施設名等

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 施設名 | 保険医療機関コード  （病院又は診療所の場合のみ） | | | | | | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
| 住所 | | | | | | | |
|  | | | | | | | |

４　添付書類

1. 遵守事項（別紙１）
2. 振込先確認書（別紙２）
3. 支援金額算定調書（病院又は３床以上の有床診療所の場合のみ）（別紙３）
4. 委任状又は事務委任規則等（委任等を受けて申請する場合のみ）（任意様式）

医療

５　その他

複数の病院、診療所及び助産所を運営している場合は、１施設ごとに申請書を分けて提出すること。

|  |  |
| --- | --- |
| 担当者 |  |
| 電　話 |  |
| ＦＡＸ |  |
| E-mail |  |