

別記
様式（第4条関係）

令和5年1月11日

岐阜県知事 様

住所 ○○県○○市○○町○丁目○○番地○
申請事業者名 ○○法人○○○会○○○診療所
（法人の場合のみ）
代表者職氏名 院長 ○○ ○○
（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 53,000円

2 施設の種類（いずれかに○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 病院及び診療所は保険医療機関として指定を受けた施設名と住所を記入すること。

施設名	保険医療機関コード (病院又は診療所の場合のみ)						
○○法人○○○会 ○○○診療所	X	X	X	X	X	X	X
住所	○○市○○町○丁目○○番地○						

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）

当例では不要。

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	〇〇〇診療所 〇〇 〇〇
電 話	XXX-XXX-XXXX
F A X	XXX-XXX-XXXX
E-mail	xxx@xxx.xx.xx

遵 守 事 項

- 1 岐阜県医療機関光熱費高騰対策支援金交付要綱（以下「要綱」という。）に定めている次の要件を含む全ての交付要件を満たしているとともに、申請書類の内容に虚偽や不正等がないこと。
 - ・法令等が求める設置に必要な指定等を受けていること。
 - ・申請事業者の代表者、役員又は使用人その他の従業員若しくは構成員等が、暴力団員による不当な行為の防止等に関する法律第2条第2号に規定する暴力団、同条第6号に規定する暴力団員に該当せず、かつ、将来にわたっても該当しないこと。また、暴力団及び暴力団員が、申請事業者の経営に事実上参画していないこと。
 - ・申請する施設は令和4年12月1日において開設している病院若しくは診療所並びに助産所であること。
 - ・令和4年12月1日から令和5年3月31日までの間に災害その他やむを得ない事由を除き、病院若しくは診療所並びに助産所の廃止又は休止（予定を含む。）をしないこと。
 - ・病院及び有床診療所[※]にあつては、許可病床数を偽ることなく支援金額を算定すること。
※ 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 申請書類に関して虚偽や不正等が判明した場合、既に支援金の交付を受けているときは、速やかに支援金の返還と加算金の支払いに応じるとともに、事業者名や施設名などの公表に同意すること。また、納期限までに支援金の返還等を行わなかった場合は、延滞金の支払いに応じること。
- 3 岐阜県から申請内容及び審査に関する立入検査を含む調査・報告・是正のための依頼・措置等の求めがあつた場合は、これに応じること。
- 4 個人情報の取扱いに関して、支援金の交付手続に必要な範囲内で当該支援金交付業務の委託事業者と共有することに同意すること。
- 5 支援金の収支に係る証拠書類を5年間（令和10年3月31日まで）保存すること。
- 6 提出した情報が支援金の事務のために第三者に提供される場合（交付要件の充足性を判断するために県が申請者の基本情報を第三者に提供する場合を含む。）及び支援金の交付等に必要範囲において申請者の個人情報が第三者から取得される場合（交付要件の充足性を判断するために事務局又は岐阜県が申請者の個人情報を第三者から取得する場合を含む。）に同意すること。
- 7 申請書類に記載された情報は、必要に応じて岐阜県が行政機関等（国、市町村、税務当局、警察署、保健所等）に提供することに同意すること。

遵守事項について内容を理解し、交付申請します。

（※チェックを入れて提出してください。）

委任状

令和5年1月11日

委任者は施設の開設者であること

委任者 住所 ○○県○○市○○町○丁目○○番地○

職氏名 ○○法人○○○会理事長 ○○ ○○

印

当例の場合は法人の理事長印であること

私は、下記2の者を代理人と定め、下記1に規定する一切の権限を委任します。

記

1 権限 岐阜県医療機関光熱費高騰対策支援金の交付申請、受給の請求及び受領に関する事

2 代理人 住所 ○○県○○市○○町○丁目○○番地○

職氏名 ○○法人○○○会○○○診療所 院長 ○○ ○○

印

当例の場合は院長印であること