

記入例（開設者が法人の場合）

令和 5 年 12 月 25 日

申請期間中（令和5年12月25日～令和6年2月2日）の日付としてください。

岐阜県知事 様

法人名を正確に記入してください。
法人の場合は、施設名の記入は不要です。

法人名 (個人の場合は施設名)	医療法人藪田会
代表者職位 (法人の場合のみ)	理事長
代表者氏名 (個人の場合は開設者氏名)	藪田 一郎
法人住所 (個人の場合は施設住所)	岐阜市藪田南2丁目1番地

岐阜県医療機関等物価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等物価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。

下記（支援金額の内訳）欄に記入された、申請額の合計金額を記入してください。

記

1 申請額 金 22,500 円

(支援金額の内訳)

区分	施設等数	申請額
病院		円
診療所（2床以上）		円
診療所（2床未満）	1	22,500 円
助産所		円
施術所		円
歯科技工所		円

- ・ 病院及び2床以上の有床診療所は、許可病床数に21,980円を乗じた額
- ・ 2床未満の有床診療所、無床診療所及び助産所は、22,500円
- ・ 施術所は、15,000円
- ・ 歯科技工所は15,000円（令和5年4月1日以前に開設した歯科技工所は30,000円）

※同じ区分で施設が複数ある場合は、それぞれの施設の申請額の合計した金額を記入してください。

1件であっても、該当する区分の欄に必ず件数を記入してください。

2 添付書類

- (1) 対象医療機関等一覧（別紙1）
- (2) 誓約書（別紙2）
- (3) 振込先確認書（別紙3）
- (4) 委任状（委任を受けて申請する場合のみ）（任意様式）

対象医療機関等一覧（別紙1）に記入された施設数と、（支援金額の内訳）の施設等数が一致することを確認してください。

この申請書について、問合せの窓口となる担当者、連絡先を記載してください。必ず連絡が取れる連絡先を記載してください。

担当者	藪田 次郎
電話	058-123-4567
FAX	058-123-4568
e-mail	aaaa@bbb.cc.dd

記入例（開設者が個人の場合）

令和 5 年 12 月 25 日

申請期間中（令和5年12月25日～令和6年2月2日）の日付としてください。

岐阜県知事 様

【法人名】 個人の場合は、施設名を記入
【代表者職位】 個人の場合は、空欄
【代表者氏名】 個人の場合は、開設者氏名を記入
【法人住所】 個人の場合は、施設の住所を記入

法人名 (個人の場合は施設名)	藪田診療所
代表者職位 (法人の場合のみ)	
代表者氏名 (個人の場合は開設者氏名)	藪田 一郎
法人住所 (個人の場合は施設住所)	岐阜市藪田南2丁目1番地

【注】
個人で複数の施設を有し、対象となる施設を取りまとめ、一括して申請する場合は、（別紙1）「対象医療機関等一覧」のNo.1に記入した施設の施設名及び施設住所を記入してください。

岐阜県医療機関等物価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等物価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。

下記（支援金額の内訳）欄に記入された、申請額の合計金額を記入してください。

記

1 申請額 金 22,500 円

(支援金額の内訳)

区分	施設等数	申請額
病院		円
診療所（2床以上）		円
診療所（2床未満）	1	22,500 円
助産所		円
施術所		円
歯科技工所		円

- ・ 病院及び2床以上の有床診療所は、許可病床数に21,980円を乗じた額
 - ・ 2床未満の有床診療所、無床診療所及び助産所は、22,500円
 - ・ 施術所は、15,000円
 - ・ 歯科技工所は15,000円（令和5年4月1日以前に開設した歯科技工所は30,000円）
- ※同じ区分で施設が複数ある場合は、それぞれの施設の申請額の合計した金額を記入してください。

1件であっても、該当する区分の欄に必ず件数を記入してください。

2 添付書類

- (1) 対象医療機関等一覧（別紙1）
- (2) 誓約書（別紙2）
- (3) 振込先確認書（別紙3）
- (4) 委任状（委任を受けて申請する場合のみ）（任意様式）

対象医療機関等一覧（別紙1）に記入された施設数と、（支援金額の内訳）の施設等数が一致することを確認してください。

この申請書について、問合せの窓口となる担当者、連絡先を記載してください。必ず連絡が取れる連絡先を記載してください。

担当者	藪田 次郎
電話	058-123-4567
FAX	058-123-4568
e-mail	aaaa@bbb.cc.dd

記入例（開設者と申請者が異なる場合）

※委任状が必要となります。

令和5年12月25日

申請期間中（令和5年12月25日～令和6年2月2日）の日付としてください。

岐阜県知事 様

施設の管理者等が開設者の代理で申請を行う場合、「法人名」欄には法人名及び施設名を、「代表者職位」欄には管理者等の役職を、「代表者氏名」欄には管理者等の氏名を、「法人住所」欄には施設の住所を記入してください。

※委任状の代理人に係る内容と一致させてください。

法人名 (個人の場合は施設名)	医療法人藪田会 藪田病院
代表者職位 (法人の場合のみ)	院長
代表者氏名 (個人の場合は開設者氏名)	藪田 太郎
法人住所 (個人の場合は施設住所)	岐阜市藪田南2丁目2番地

岐阜県医療機関等物価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等物価高騰対策支援金の交付申請します。

下記（支援金額の内訳）欄に記入された、申請額の合計金額を記入してください。

記

- ・ 病院及び2床以上の有床診療所は、許可病床数に21,980円を乗じた額
 - ・ 2床未満の有床診療所、無床診療所及び助産所は、22,500円
 - ・ 施術所は、15,000円
 - ・ 歯科技工所は15,000円（令和5年4月1日以前に開設した歯科技工所は30,000円）
- ※同じ区分で施設が複数ある場合は、それぞれの施設の申請額の合計した金額を記入してください。

1 申請額 金 2,198,000 円

(支援金額の内訳)

区分	施設等数	申請額
病院	1	2,198,000 円
診療所（2床以上）		円
診療所（2床未満）		円
助産所		円
施術所		円
歯科技工所		円

1件であっても、該当する区分の欄に必ず件数を記入してください。

2 添付書類

- (1) 対象医療機関等一覧（別紙1）
- (2) 誓約書（別紙2）
- (3) 振込先確認書（別紙3）
- (4) 委任状（委任を受けて申請する場合のみ）（任意様式）

対象医療機関等一覧（別紙1）に記入された施設数と、（支援金額の内訳）の施設等数が一致することを確認してください。

この申請書について、問合せの窓口となる担当者、連絡先を記載してください。必ず連絡が取れる連絡先を記載してください。

担当者	藪田 太郎
電話	058-123-4567
FAX	058-123-4568
e-mail	aaa@bbb.cc.dd

病院及び2床以上の診療所は、この表に記入してください。

対象医療機関等一覧

記入例

○病院及び2床以上の診療所

No.	①施設区分	②施設名	③施設住所	④10月1日における許可病床数	支援金額(円)
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					

・病院
・診療所(2床以上)
※上記から該当する区分を記入してください。

令和5年10月1日における許可病床数に21,980円を乗じた額を記入してください。

2床未満の診療所、助産所、施術所及び歯科技工所は、この表に記入してください。

○2床未満の診療所、助産所、施術所及び歯科技工所

No.	①施設区分	②施設名	③施設住所	支援金額(円)
1	診療所(2床未満)	藪田診療所	岐阜市藪田南2丁目1番地	22,500
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				

・診療所(2床未満)
・助産所
・施術所
・歯科技工所
・歯科技工所(R5.4.1以前に開設)
※上記から該当する区分を記入してください。

開設等に際して、保健所へ届け出た施設名(出張専門の施術所にあつては開設者名)と住所を記入してください。

・2床未満の有床診療所、無床診療所及び助産所は、22,500円
・施術所は、15,000円
・歯科技工所は15,000円(令和5年4月1日以前に開設した歯科技工所は30,000円)

<入力方法>

- ・①について、施設の種類をプルダウンから選択する。(令和5年4月1日以前に開設した歯科技工所においては、「歯科技工所(R5.4.1以前に開設)」を選択)
- ・②について、施設の名称を入力する。
- ・③について、施設の所在地を入力する。
- ・④(病院及び有床診療所のみ)について、令和5年10月1日時点の許可病床数を入力する。

岐阜県知事 様

誓約書

岐阜県医療機関等物価高騰対策支援金の交付申請に当たり、下記の全てについて宣誓・同意します。

1. 法令等が求める開設に必要な基準等に適合していること。
2. 岐阜県医療機関等物価高騰対策支援金交付要綱第3条に規定する欠格事由に該当していないこと。
3. 申請する施設は令和5年10月1日において開設している施設であること。
4. 令和5年10月1日から令和6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、施設の廃止又は休止(予定を含む。)をしないこと。
5. 病院及び有床診療所においては、許可病床数に誤りがないこと。
 施術所においては、令和5年10月1日から本支援金の申請日までに県内で保険施術を行った実績のある施設であること。
6. 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。
7. 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・措置等の求めがあった場合は、これに応じること。
8. 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。
9. 支援金の収支に係る証拠書類を5年間(令和11年3月31日まで)保存すること。
10. 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な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。
11. 申請書類に記載された情報は、~~この西に添付し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~~

別記様式(第5条関係)「支援金交付申請書」に記入した、
年月日、法人名(個人の場合は施設名)、代表者職位(個人の場合は空欄)及び代表者氏名(個人の場合は開設者氏名)と一致させてください。

【宣誓・同意欄】

年 月 日

令和5年12月25日

法人名
(個人の場合は施設名)

医療法人藪田会

代表者職位
(法人の場合のみ)

理事長

代表者氏名
(個人の場合は開設者氏名)

藪田 一郎

振込先確認書

金融機関名	〇〇〇〇	銀行・金庫・組合・ 農協・漁協
支店名	〇〇	本店・支店・出張所・ 本所・支所 <small>※ゆうちょ銀行の支店名は3桁の漢数字です。</small>
預金種類 口座番号 (該当に○)	1. 普通 2. 当座 3. 納税準備 4. 貯蓄	0 1 2 3 4 5 6
口座名義人 (カタカナで記入)	イ) ヤブタカイ	通帳の見開き等に記載されている、カタカナ の名義を正確に記入してください。

※必ず申請者名義の口座を指定してください。

※口座番号が6桁以下の場合、始めに「0」を
また、通帳等に記載のとおり正確に記入して

※振込先は、必ず申請者名義の口
座を指定してください。

下記に通帳の写し（表紙をめくった見開きページ全体）を貼り付けてください。

※等倍でコピーを貼ってください。
(写真不可)