



(別紙1)

対象保険薬局一覧

連番	薬局の名称	薬局の所在地
1		
2		
3		
4		
5		
6		
7		
8		
9		
10		
11		
12		
13		
14		
15		
16		
17		
18		
19		
20		
21		
22		
23		
24		
25		
26		
27		
28		
29		
30		
31		
32		
33		
34		
35		

36		
37		
38		
39		
40		
41		
42		
43		
44		
45		
46		
47		
48		
49		
50		
51		
52		
53		
54		
55		
56		
57		
58		
59		
60		
61		
62		
63		
64		
65		
66		
67		
68		
69		
70		

# 振込先確認書

金融機関名										
支店名										
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	<table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>								
口座名義人 (カタカナで記入)										

※口座番号が6桁以下の場合、始めに「0」を記載してください。  
※必ず申請者名義の口座を指定してください（申請者が法人の場合は当該法人の口座に限ります）。  
また、通帳等に記載のとおり正確に記入して下さい。

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。

注：等倍でコピーを貼ってください。  
（写真不可。折曲禁止）

※ 等倍でコピーを貼ってください。  
（写真不可。折曲禁止）

岐阜県知事 様

## 誓約書

岐阜県薬局物価高騰対策支援金(以下「支援金」という。)の交付申請にあたり、下記の全てについて宣誓・同意します。

1. 交付要件を全て満たしていること。
2. 不交付要件に該当していないこと。
3. 支援金の申請に関し提出した書類及び記載内容に虚偽が無いこと。
4. 支援金を重複して申請・受給しないこと。
5. 支援金の収支に係る証拠書類を5年間(令和14年3月31日まで)保存すること。
6. 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。
7. 支援金の交付後に申請内容に虚偽等が判明した場合は、速やかに返還するとともに、加算金の支払に応じること。また、事業者名、事業所名等の情報が公表されることに同意すること。
8. 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、岐阜県暴力団排除条例第2条第1号に規定する暴力団、同条第2号に規定する暴力団員又は同条第3号に規定する暴力団員等に該当せず、かつ、将来にわたっても該当しないこと。また、上記の暴力団、暴力団員及び暴力団員等が、申請事業者の経営に事実上参画していないこと。
9. 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。
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範囲において申請者の個人情報(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、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。

【署名欄】 署名年月日 令和 年 月 日

所在地(法人所在地) \_\_\_\_\_

申請事業者名 \_\_\_\_\_

代表者役職・氏名 \_\_\_\_\_