

令和5年度第2回高知県医療施設等物価高騰緊急対策給付金給付申請書

令和 6 年 3 月 20 日

高知県知事 濱田 省司 様

標記について、次のとおり申請します。

申請者	フリガナ	イリョウホウジン●●カイ			
	法人名氏名	医療法人 ●●会			
	事業所所在地住所	(郵便番号 780 - 8570) 高知県高知市丸ノ内1-2-20			
	(法人の場合)代表者情報	職名	理事長	氏名	高知 太郎
	申請に関する担当者(申請書に不備があった場合等にご連絡させていただきます。)				
	担当者氏名	高知 花子		E-mail	××××××@××.jp
	日中連絡が取れる電話番号	088-000-0000/090-0000-0000		FAX	088-000-0000

申請内容

	事業所・施設数	申請額
医療施設等	病院	1 箇所 2,440,000 円
	有床診療所	1 箇所 921,600 円
	無床診療所	1 箇所 200,000 円
	訪問看護ステーション	箇所 円
	助産所	箇所 円
	病院・診療所・訪問看護ステーション・助産所 計	3 箇所 3,561,600 円
薬局	箇所 円	
	薬局 計	箇所 円
あはき・柔道整復	箇所 円	
	あはき・柔道整復 計	箇所 円
合計	3 箇所	3,561,600 円

振込先

金融機関名	〇〇銀行	支店名	△△支店
普通・当座の別	普通	口座番号	0123456
フリガナ	コチチ		
口座名義	高知太郎		

(申請に必要な添付書類)

・様式2 事業所・施設別申請額一覧

・様式3 誓約書