

様式1

記入例

申請No.

令和7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 7 年 8 月 10 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 | イリヨウホウジン コウチカイ | | | |
| | 法人名 氏名 | 医療法人 高知会 | | | |
| | 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 | 400,000 円 |
| | 有床診療所 | 1 箇所 | 201,500 円 |
| | 無床診療所 | 1 箇所 | 55,000 円 |
| | 訪問看護ステーション | 1 箇所 | 27,000 円 |
| | 助産所 | 1 箇所 | 13,000 円 |
| | 病院・診療所・訪問看護ステーション・助産所 計 | 5 箇所 | 696,500 円 |
| 薬局 | | 1 箇所 | 27,000 円 |
| | 薬局 計 | 1 箇所 | 27,000 円 |
| あはき・柔道整復 | | 1 箇所 | 8,000 円 |
| | あはき・柔道整復 計 | 1 箇所 | 8,000 円 |
| 合 計 | | 7 箇所 | 731,500 円 |

振込先 (原則として、第1回申請時に記入した振込先を記入してください。)

| | | | |
|---------|--------|------|---------|
| 金融機関名 | ○○銀行 | 支店名 | △△支店 |
| 普通・当座の別 | 普通 | 口座番号 | 0123456 |
| フリガナ | コウチ カイ | | |
| 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
- 县税の滞納がない旨を証明する納税証明書(第1回申請時に提出している医療施設等は提出不要)
- 通帳のコピー(口座名義人カタカナ、金融機関名、支店名、口座番号が確認できる部分)