

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	イリョウホウジン 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	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 カウ		
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
 - ☐ ・県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)