

別記

第1号様式（第4条関係）

令和 年 月 日

（あて先）羽島市長

所在地
医療機関等施設名
代表者職氏名

令和5年度羽島市地域医療機関等物価高騰対策給付金支給申請書兼請求書

令和5年度羽島市地域医療機関等物価高騰対策給付金支給要綱第4条の規定により、
下記のとおり羽島市医療機関等物価高騰対策給付金の支給を申請します。

なお、給付金の支給決定を受けたときは、下記口座に振り込むよう依頼します。

記

- 1 申請額及び請求額 _____円
- 2 医療機関等の指定年月日 昭和・平成・令和 年 月 日
- 3 医療機関の区分 1 医科診療所・歯科診療所・助産所
2 訪問看護ステーション・薬局
- 4 令和5年4月1日時点における許可病床数 病床数 _____床

5 内訳

| 医療機関等の種類 | 給付額 | 金額 |
|-----------------|------------|----|
| 医科診療所・歯科診療所・助産所 | 200,000円 | 円 |
| 訪問看護ステーション・薬局 | 100,000円 | 円 |
| 許可病床をもつ医療機関等 | 95,000円× 床 | 円 |
| 計 | | 円 |

（裏面に続く）

6 振込口座

・ ゆうちょ銀行以外の金融機関

| 金融機関名 | 支店名 | 分類 | 口座番号 | | | | | | |
|--------------------------|------------------------|----------|------|--|--|--|--|--|--|
| 銀行 信用金庫 信用組合 農協 | 本店 支店 出張所 代理店 | 普通 当座 | | | | | | | |
| 口座名義 | (フリガナ) | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |

・ ゆうちょ銀行の通常貯金（総合口座）

| 貯金通帳等に記載された記号・番号を記入して下さい。 （※6桁目がある場合のみ記入してください。） | 記号 (左詰めでご記入下さい) | | | | | | 番号 (右詰めでご記入下さい) | | | | | |
|---|--------------------|---|--|--|---|---|--------------------|--|--|--|--|--|
| | | 1 | | | 0 | — | ※ | | | | | |
| 口座名義 | (フリガナ) | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | |

【注意事項】

指定口座として、代表者氏名又は医療機関名が口座の名義に含まれないものを指定する場合は、委任状の添付が必要です。

7 問い合わせ先

| | | |
|-----|-----|--|
| 担当者 | 氏名 | |
| | 連絡先 | |