

医療機関等光熱費高騰対策支援金申請書

申請日: 令和6年5月10日

山口県知事様

(申請者)郵便番号 7538501

市町名以降の住所を忘れず記入してください。

住所 山口市 滝町1-1

氏名・法人名 医療法人山口県 (法人の場合)代表者名 理事長 山口県 太郎

「氏名・法人名」は、医療機関等の開設者が個人の場合は個人のお名前を、法人の場合は法人名を記入してください。

氏名 山口県 一郎 電話番号 083-933-2835

メールアドレス byouinshienkin@pref.yamaguchi.lg.jp

医療機関等光熱費高騰対策支援金の支給です。

口座名義人はカタカナで。通帳の表紙の裏面を確認して、カタカナで記入してください。

1. 振込口座情報

Table with columns for financial institution name, branch name, account type, and account number. Includes a note about account holder names.

※必ず申請者名義の口座を指定すること(法人の場合は当該法人、個人事業主の場合は当該個人の口座に限る)

2. 施設区分・支給額

Table listing facilities (hospital, clinic, etc.), their locations, and the corresponding grant amounts.

※施設名は略さず正式名称を記入すること。

※保険医療機関等コード欄は、病院、診療所は保険医療機関コード(7桁)。

施術所は受領委任取扱いの登録記号番号を記入すること。

合計 12,000,000

支給額及び合計額を忘れず記入してください。

3. 誓約

- List of 5 conditions for the grant, including application accuracy and non-violence.

必ず✓を記入してください

私は、医療機関等光熱費高騰対策支援金を申請するにあたり、上記の内容について、誓約します。

誓約する場合、以下に✓を記入

※誓約のチェックがなければ、申請書を受け付けることができません。