

医療機関食材料費高騰対策支援金申請書

申請日: 令和6年6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

医療機関食材料費高騰対策支援金の支給を受けたいので、関係書類を活用して、下記の通り申請します。

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 with columns for facility type, medical institution name, location, insurance code, number of beds, and amount. Includes a total row and a note about accuracy.

支給額及び合計額を忘れず記入してください。

3. 誓約

- (1) 申請する医療機関について、事業活動を行っており、事業を継続する意思があります。
(2) 申請内容に虚偽はありません。
(3) 暴力団員による不当な行為の防止等に関する法律第2条第2号に規定する暴力団及び第2条第6号に規定する暴力団員に該当しません。
(4) 県税の滞納はありません。
(5) 支給対象要件に該当しない事実や不正等が発覚した場合は、速やかに支援金の返還に応じます。

必ず✓を記入してください

私は、医療機関食材料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。