

提出日を記載してください。

神奈川県知事 殿

令和6年度神奈川県医療機関等物価高騰対応等支援金に係る支給申請書

令和6年度神奈川県医療機関等物価高騰対応等支援金支給要綱第4条の規定に基づき、次のとおり関係書類を添えて令和6年度神奈川県医療機関等物価高騰対応等支援金の支給を申請します。なお、その支給を受けるにあたっては、令和6年度神奈川県医療機関等物価高騰対応等支援金支給要綱を遵守します。

提出前に1～2の書類を全て添付していることを確認し、チェックを入れてください。

- (添付書類)
- 1 事業を継続して実施していることを確認できる書類
例) 申請日から直近の診療（調剤）報酬支払通知書の写し、療養費支給申請に係る支払い結果通知書の写し等【歯科技工所の場合: 保険診療案件について受託している旨を制約する誓約書】
- 2 振込先口座が確認できる書類
例) 振込先口座の通帳（表紙及び表紙を一枚めくった見開きのページ）の写し等

※支給決定・不支給決定通知書は、下記申請された所在地（住所）、代表者様宛に送付されます。

申請者種別	□法人 ・ <input checked="" type="checkbox"/> 個人	
法人の名称 ※法人のみ記載		
法人等の所在地 ※個人の方は自宅住所	〒 231 - 8588 横浜市中区日本大通1	
代表者職名 ※法人のみ記載		
代表者の氏名	神奈川 太郎	
本支援金に係る連絡先	担当者名	県庁 花子
	日中連絡の取れる 電話番号	045-210-1111
	メールアドレス	〇〇〇〇@pref.kanagawa.lg.jp
誓約・同意	<input checked="" type="checkbox"/> 以下の【誓約・同意事項】に誓約・同意の上、申請します。 (誓約・同意事項を御確認のうえ、チェック <input checked="" type="checkbox"/> をしてください。)	

開設者の自宅住所、郵便番号、氏名（法人の場合は名称・所在地・代表者の職名と氏名）を記載してください。

誓約・同意いただけない場合、支援金を給付することができませんので忘れずにチェックを入れてください。

【誓約・同意事項】

「申請施設等」という。）は、令和6年5月31日まで運営を

- (2) 本文援金を重複して申請していません。
- (3) 同期間及び同一施設に対する神奈川県中小製造業等特別高圧受電者支援給付金と重複して申請しません。
- (4) 代表者又は役員の中に暴力団員に該当する者はありません。
- (5) 申請書の記載事項について虚偽であることが判明した場合や、支給要件に該当しないことが判明した場合には、本支援金を返還します。また、前記により当方が不利益を被ることとなっても、異議は一切申し立てません。
- (6) 申請後に、代表者又は役員の中に暴力団員に該当する者がいないことを確認するため、県からの求めがあった場合は確認に必要な個人情報の提出に応じ、情報を神奈川県警察本部に照会することについて、代表者及び役員全員が同意しています。

(裏面に続く)

記載例

(第2号様式 裏面)

複数の施設を開業している場合、ここにチェックを入れ、この表は「支給申請額」のみ記載し、別途、第2号様式関係別紙の「施設別申請額一覧」を提出

当てはまる区分にチェック

申請対象施設

一覧は別紙のとおり※1

施設区分	<input type="checkbox"/> 無床診療所（医科） <input type="checkbox"/> 無床診療所（歯科） <input type="checkbox"/> 薬局 <input type="checkbox"/> 助産所	<input type="checkbox"/> あん摩マッサージ指圧・はり・きゅう施術所 <input checked="" type="checkbox"/> 柔道整復施術所 <input type="checkbox"/> 歯科技工所
医療機関コード 又は施術管理者 の登録記号番号	契140999999 (10桁) ※2	
施設名称	県庁整骨院	
施設所在地	〒231-8588 横浜市中区日本大通1	
支給申請額	10,000	円

診療所・薬局は保険医療機関（保険薬局）指定通知書のとおり記入
 助産所・歯科技工所は開設届のとおり記入
 あん摩マッサージ指圧・はり・きゅう、柔道整復施術所は受領委任の承諾（登録）通知のとおり記入

※1 支給対象事業所を2施設以上有する場合は、「 一覧は別紙のとおり」にチェックし、施設別申請額一覧（第2号様式関係 別紙）を添付してください。

※2 医療機関及び薬局の場合は10桁の医療機関コード、施術所の場合は受領委任の取扱いの承諾（登録）通知書に記載された10桁の登録記号番号（柔道整復施術所にあつては「協」又は「契」+9桁の数字）を記入してください。助産所・歯科技工所は空欄としてください。

口座振込申出書

本申請について、支給決定を受けた場合、支援金は次の口座に振り込んでください。

金融機関名	横浜銀行	金融機関コード	0138
支店名	県庁支店	支店コード	999
口座種別	<input checked="" type="checkbox"/> 普通・ <input type="checkbox"/> 当座・ <input type="checkbox"/> 左記以外	口座番号	9999999
口座名義 (カナ)	カナ カ タ ロ ウ		

※ 口座名義は申請者と同一であるものに限る。
 ※ 口座名義（カナ）は通帳（見開きページ）の表

名義相違で振込ができないことがあるため、法人の種類と名称、姓と名の間などにあるスペースの有無についてもご確認ください。（通帳の見開きページの表記と同様に記載してください）

(第2号様式関係 別紙) 施設別申請額一覧

No.	施設区分	医療機関コード又は 施術管理者の登録記号番号 (10桁)※	施設名称	郵便番号	施設所在地	支給申請額
1			診療所・薬局は保険医療機関（保険薬局）指定通知書のと おり記入 助産所・歯科技工所は開設届のとおり記入 あん摩マッサージ指圧・はり・きゅう、柔道整復施術所は 受領委任の承諾（登録）通知のとおり記入			円
2						円
3						円
4						円
5						円
6						円
7						円
8						円
9						円
10						円

※ 医療機関及び薬局の場合は10桁の医療機関コード、施術所の場合は受領委任の取扱いの承諾（登録）通知書に記載された10桁の登録記号番号（柔道整復施術所にあつては「協」又は「契」＋9桁の数字）を記入してください。助産所・歯科技工所は空欄としてください。