誓　　約　　書

歯科技工所用

年　　月　　日

神奈川県知事　殿

（法人等の住所）〒　　　－

※個人の方は自宅住所

（法人の名称）

※法人のみ記載

（代表者職・氏名）

（連絡先）　　　　－　　　　　－

私は、令和６年度神奈川県医療機関等物価高騰対応支援金事業の申請について、次の事項を誓約します

（１）以下の歯科医師から　　　年　　月　　日に保険診療に係る案件の指示を受け、　　　年　　月　　日に同案件について納品しました。

※指示書及び納品書の指示日、納品日を記載してください。

（多数ある場合は、直近の案件を記載いただければ結構です。）

（２）本件申請の審査において、上記保険診療案件に係る証明書類等が必要となった場合は、神奈川県の指示に従い速やかに対応します。

（３）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。

|  |  |
| --- | --- |
| 申請施設名 |  |
| 申請施設所在地 | 〒　　　－ |
| 歯科医師名 |  |
| 歯科医師の勤務する医療機関名 |  |
| 歯科医師の勤務する医療機関所在地 | 〒　　　－ |
| 歯科医師の勤務する医療機関連絡先 | 　　　　　　　　－　　　　　　　－ |