

誓 約 書

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	— —