

神奈川県知事 殿

令和 5 年度下半期神奈川県医療機関等物価高騰対応支援金に係る支給申請書

令和 5 年度下半期神奈川県医療機関等物価高騰対応支援金支給要綱第 4 条の規定に基づき、次のとおり関係書類を添えて令和 5 年度下半期神奈川県医療機関等物価高騰対応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 5 年度下半期神奈川県医療機関等物価高騰対応支援金支給要綱を遵守します。

- ☒ （添付書類）
- ☐ 1 申請に係る施設の保険医療機関（保険薬局）指定通知書の写し、開設届の控え、療養費の受領委任の取扱いの承諾（登録）通知書の写し等、支給対象者であることを確認できる書類
- ☐ 2 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、事業を継続して実施していることを確認できる書類
- ☐ 3 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、振込先口座が確認できる書類

※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                 | <input type="checkbox"/> 法人 <input type="checkbox"/> 個人                                                                 |  |
| 法人等の名称<br>※個人の方は施設名称  |                                                                                                                         |  |
| 法人等の所在地<br>※個人の方は自宅住所 | 〒      ー                                                                                                                |  |
| 代表者職名<br>※法人のみ        |                                                                                                                         |  |
| 代表者の氏名                |                                                                                                                         |  |
| 本支援金に係る連絡先            | 担当者名                                                                                                                    |  |
|                       | 日中連絡の取れる<br>電話番号                                                                                                        |  |
|                       | メールアドレス                                                                                                                 |  |
| 誓約・同意                 | <input type="checkbox"/> 以下の【誓約・同意事項】に誓約・同意の上、申請します。<br>(誓約事項を御確認のうえ、チェック <input checked="" type="checkbox"/> をしてください。) |  |

【誓約・同意事項】

- (1) 本申請書に記載した医療機関等（以下「申請施設等」という。）は、現に運営しており、令和 6 年 3 月 31 日までの間、事業の廃止又は事業の休止をせず、運営を継続する予定です。
- (2) 本支援金を重複して申請していません。
- (3) 代表者又は役員のうちに暴力団員に該当する者はありません。
- (4) 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。
- (5) 申請後に、代表者又は役員のうち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）

(第1号様式 裏面)

申請対象施設

☐ 一覧は別紙のとおり※1

|                               |                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                                                                                    |
|-------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 施設区分                          | <input type="checkbox"/> 病院（特別高圧受電）<br><input type="checkbox"/> 病院（特別高圧受電以外）<br><input type="checkbox"/> 診療所（有床）<br><input type="checkbox"/> 無床診療所（歯科）<br><input type="checkbox"/> 無床診療所（歯科を除く） | <input type="checkbox"/> 薬局<br><input type="checkbox"/> 助産所<br><input type="checkbox"/> あん摩マッサージ指圧・はり・きゅう施術所<br><input type="checkbox"/> 柔道整復施術所<br><input type="checkbox"/> 歯科技工所 |
| 医療機関コード<br>又は施術管理者<br>の登録記号番号 | (10桁) ※2                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                    |
| 施設名称                          |                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                                                                                    |
| 施設所在地                         | 〒 -                                                                                                                                                                                             |                                                                                                                                                                                    |
| 稼働病床数                         | 床（病院及び有床診療所のみ記入）                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                    |
| 支給申請額                         | 円                                                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                    |

※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1号様式関係 別紙 参考様式）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        |                                                                                         | 金融機関コード |  |
| 支店名          |                                                                                         | 支店コード   |  |
| 口座種別         | <input type="checkbox"/> 普通・ <input type="checkbox"/> 当座・ <input type="checkbox"/> 左記以外 | 口座番号    |  |
| 口座名義<br>(カナ) |                                                                                         |         |  |
|              |                                                                                         |         |  |
|              |                                                                                         |         |  |

※ 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）の表記と同様に記載すること

上半期支給決定者用

第2号様式（第4条関係）

令和 年 月 日

神奈川県知事 殿

令和5年度下半期神奈川県医療機関等物価高騰対応支援金に係る支給申請書(上半期支給決定者用)

令和5年度下半期神奈川県医療機関等物価高騰対応支援金支給要綱第4条の規定に基づき、次のとおり関係書類を添えて令和5年度下半期神奈川県医療機関等物価高騰対応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5年度下半期神奈川県医療機関等物価高騰対応支援金支給要綱を遵守します。

※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                 | <input type="checkbox"/> 法人 ・ <input type="checkbox"/> 個人                           |  |
| 法人等の名称<br>※個人の方は施設名称  |                                                                                     |  |
| 法人等の所在地<br>※個人の方は自宅住所 | 〒 -                                                                                 |  |
| 代表者職名<br>※法人のみ        |                                                                                     |  |
| 代表者の氏名                |                                                                                     |  |
| 本支援金に係る連絡先            | 担当者名                                                                                |  |
|                       | 日中連絡の取れる<br>電話番号                                                                    |  |
|                       | メールアドレス                                                                             |  |
| 誓約・同意                 | <input type="checkbox"/> 以下の【誓約・同意事項】に誓約・同意の上、申請します。<br>(誓約事項を御確認のうえ、チェック☑をしてください。) |  |

【誓約・同意事項】

- (1) 本申請書に記載した医療機関等（以下「申請施設等」という。）は、現に運営しており、令和6年3月31日までの間、事業の廃止又は事業の休止をせず、運営を継続する予定です。
- (2) 本支援金を重複して申請していません。
- (3) 代表者又は役員のうちに暴力団員に該当する者はありません。
- (4) 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。
- (5) 申請後に、代表者又は役員のうち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）

上半期支給決定者用

(第2号様式 裏面)

申請対象施設

☐ 一覧は別紙のとおり※1

|                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                                                                                    |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 施設区分                                                                                                       | <input type="checkbox"/> 病院（特別高圧受電）<br><input type="checkbox"/> 病院（特別高圧受電以外）<br><input type="checkbox"/> 診療所（有床）<br><input type="checkbox"/> 無床診療所（歯科）<br><input type="checkbox"/> 無床診療所（歯科を除く） | <input type="checkbox"/> 薬局<br><input type="checkbox"/> 助産所<br><input type="checkbox"/> あん摩マッサージ指圧・はり・きゅう施術所<br><input type="checkbox"/> 柔道整復施術所<br><input type="checkbox"/> 歯科技工所 |
| <input type="checkbox"/> 医療機関コード<br>又は施術管理者<br>の登録記号番号                                                                              | (10桁) ※2                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                    |
| <input type="checkbox"/> 施設名称                                                                                                       |                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                                                                                    |
| <input type="checkbox"/> 施設所在地                                                                                                      | 〒 -                                                                                                                                                                                             |                                                                                                                                                                                    |
| ※上記について、上半期申請内容から変更がある場合は☑を入れ、変更後の内容を記載し、<br>変更内容が確認できる次の書類を添付してください。<br>保険医療機関（保険薬局）指定通知書の写し、開設届の控え、療養費の受領委任の取扱いの承諾<br>（登録）通知書の写し等 |                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                                                                                    |
| 稼働病床数                                                                                                                               | 床（病院及び有床診療所のみ記入）                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                    |
| 支給申請額                                                                                                                               | 円                                                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                    |

※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☑を入れ、施設別申請額一覧（第1号様式関係 別紙 参考様式）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。

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。（口座振込申出書）  
 ・上半期申請口座から変更が ☐ある ☐ない ←いずれかに☑を入れること。

※上半期申請口座から変更がある、又は上半期申請口座が不明な場合、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）の写しを添付すること。

|              |                                                                                         |         |  |
|--------------|-----------------------------------------------------------------------------------------|---------|--|
| 金融機関名        |                                                                                         | 金融機関コード |  |
| 支店名          |                                                                                         | 支店コード   |  |
| 口座種別         | <input type="checkbox"/> 普通・ <input type="checkbox"/> 当座・ <input type="checkbox"/> 左記以外 | 口座番号    |  |
| 口座名義<br>(カナ) |                                                                                         |         |  |
|              |                                                                                         |         |  |
|              |                                                                                         |         |  |

※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）の表記と同様に記載すること

(第1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<br>施術管理者の登録記号番号<br>(10桁)※ | 施設名称 | 郵便番号 | 施設所在地 | 稼働病床数 | 支給申請額 |
|-----|------|-------------------------------------|------|------|-------|-------|-------|
| 1   |      |                                     |      |      |       |       |       |
| 2   |      |                                     |      |      |       |       |       |
| 3   |      |                                     |      |      |       |       |       |
| 4   |      |                                     |      |      |       |       |       |
| 5   |      |                                     |      |      |       |       |       |
| 6   |      |                                     |      |      |       |       |       |
| 7   |      |                                     |      |      |       |       |       |
| 8   |      |                                     |      |      |       |       |       |
| 9   |      |                                     |      |      |       |       |       |
| 10  |      |                                     |      |      |       |       |       |

※ 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。

上半期支給決定者用

(第2号様式関係 別紙) 施設別申請額一覧

・上半期申請内容から変更がある場合は☑を入れてください。

| No. | 施設区分                     | 医療機関コード又は<br>施術管理者の登録記号番号<br>(10桁)※ | 施設名称                     | 郵便番号 | 施設所在地                    | 稼働病床数 | 支給申請額 |
|-----|--------------------------|-------------------------------------|--------------------------|------|--------------------------|-------|-------|
| 1   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/> |      | <input type="checkbox"/> |       |       |
| 2   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/> |      | <input type="checkbox"/> |       |       |
| 3   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/> |      | <input type="checkbox"/> |       |       |
| 4   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/> |      | <input type="checkbox"/> |       |       |
| 5   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/> |      | <input type="checkbox"/> |       |       |
| 6   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/> |      | <input type="checkbox"/> |       |       |
| 7   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/> |      | <input type="checkbox"/> |       |       |
| 8   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/> |      | <input type="checkbox"/> |       |       |
| 9   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/> |      | <input type="checkbox"/> |       |       |
| 10  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/> |      | <input type="checkbox"/> |       |       |

※ 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。