

富田林市長 様

(申請者) 所在地 富田林市〇〇〇 〇丁目〇番〇号

医療機関名等 (法人の場合は法人名)

医療法人〇〇医院

鉛筆や消えるボールペンは使用
しないでください。

代表者役職・氏名 理事長 〇〇 〇〇

押印

電話番号 0721-00-0000

必ず押印してください。

富田林市医療機関等物価高騰対策支援給付金支給申請書 兼 請求書

富田林市医療機関等物価高騰対策支援給付金支給要綱第4条第1項の規定により、下記のとおり申請します。また、交付決定された給付金は、下記の振込口座に入金されるよう請求します。

1. 申請額及び請求額等		病院は30万円、診療所・薬局は10万円、施術所は5万円を請求してください。	
支給申請額及び請求額		100,000 円	
医療機関等区分 ※該当する区分を選択してください。		☐ 病院（保険医療機関に限る。） ☒ 内科診療所（保険医療機関に限る。） ☐ 歯科診療所（保険医療機関に限る。） ☐ 薬局（保険薬局に限る。） ☐ 施術所（保険診療を行う施設に限る。） ☐ その他の医療機関等	
該当する区分を選択してください			
保険医療機関コード（10桁）		2 7 〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇	
医療機関等の名称		〇〇〇医院	
振込口座の分かる書類を添付してください			
2. 振込口座（通帳のコピーなど振込先口座の分かる書類を添付してください。）			
金融機関名	〇〇〇〇	銀行・信金 信組・農協	金融機関コード （4桁）
支店名	〇〇〇〇支店		支店コード （3桁）
選択してチェックください		口座番号 （※右詰で記入）	
☒ 普通 ☐ 当座 ☐ その他		〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇	
口座名義（※カタカナで記入）		イ) 〇〇イイン	
3. 誓約事項（チェック欄）			
確認してチェックしてください。全てに☑がないと支給できません。			
☒	この給付金の申請時点において要綱第2条第1項に定める医療機関等を運営しており、今後も廃止又は休止をせず継続して運営を行います。		
☒	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6号に規定する暴力団員又は富田林市暴力団排除条例第2条第3号に規定する暴力団密接関係者に該当しません。 また、上記の暴力団、暴力団員及び暴力団関係者が経営に事実上参画していません。		
☒	申請内容について、富田林市長が帳簿等により確認するとともに、富田林市長から求めがあった場合には、記載内容に関する資料等を提出します。		
☒	要綱第6条各号のいずれかに該当することが明らかになり、支給決定の全部若しくは一部が取り消された場合は、支給された給付金の全部若しくは一部を返還します。		
4. 連絡先			
書類に不備があった場合の連絡先を記載してください。			
担当者	氏名	〇〇 〇〇	電話番号
	メールアドレス	0721-00-0000	
		〇〇〇〇@〇〇.〇〇.〇〇	