**様式第１号（第４条関係）**

**令和 　　年 　　月 　　日**

**大船渡市長**　　　　　　　**様**

**（申請者）所在地**

**法人名**

**代表者職・氏名**

**大船渡市医療施設等物価高騰対策支援金交付申請書兼請求書**

**大船渡市医療施設等物価高騰対策支援金の交付を受けたいので、大船渡市医療施設等物価高騰対策支援金交付要綱第４条の規定により、関係書類を添えて下記のとおり申請（請求）します。**

**記**

**１　交付申請額　　金　　　　　　円**

**２　振込先口座**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **金融機関名** |  | **支店名等** |  |
| **口座種別** | **１普通　　　２当座** | **口座番号** |  |
| **口座名義人** | **フリガナ** |  |
| **氏　　　名** |  |

**※　申請者（法人名又は代表者）と振込口座名義が違う場合、委任状（様式第３号）の提出が必要となります。**

**３　連絡先等**

|  |  |
| --- | --- |
| **発行責任者職・氏名** |  |
| **担当者職・氏名** |  |
| **連絡先電話番号** |  |
| **メールアドレス** |  |

**申請書添付書類　医療施設**

**大船渡市医療施設等事業所等物価高騰対策支援金交付申請内訳書**

**医療施設等・申請金額内訳**

**※本申請によって申請する施設情報等について記載してください。**

**【有床診療所】**

|  |  |
| --- | --- |
| **名称** | **所在地** |
|  |  |
| **基礎支援金** | **１床当たり加算支援額** | **病床数（休床除く）** | **加算支援金額** |
| **200,000円** | **16,000円** | **床** | **円** |
|  | **申請金額** |
| **円** |

**【無床診療所・歯科診療所】**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **名称** | **所在地** | **申請金額** |
|  |  | **円** |

**【申請にあたっての留意事項】**

**※以下の医療施設は支給対象となりません。**

|  |
| --- |
| **【支給対象外となる医療施設】****・公立(県立・市町村立)の医療機関****・保険診療機関の指定を受けていない病院・診療所・歯科診療所****・企業・社会福祉施設等の医務室、臨時開設の医療施設** |

**※ 同一施設内で複数の診療報酬上の指定を受けている場合、いずれか一方のみ申請可能です。**

**※ 休床中の病棟・病床は支給対象となりません。**

**※ 全ての病床を休床している有床診療所は、無床診療所として申請してください。**

**申請書添付書類　薬局**

**大船渡市医療施設等事業所等物価高騰対策支援金交付申請内訳書**

**医療施設等・申請金額内訳**

**【薬局】**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **名称** | **所在地** | **申請金額** |
|  |  | **円** |

**申請書添付書類　施術所**

**大船渡市医療施設等事業所等物価高騰対策支援金交付申請内訳書**

**医療施設等・申請金額内訳**

**【施術所（あんま師、はり師、きゅう師、柔道整復師）】**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **名称** | **所在地** | **申請金額** |
|  |  | **円** |

**【申請にあたっての留意事項】**

**※ 療養費の受領委任を行っていない施術所は支給対象となりません。**

**※ 同一施設で、療養費の受領委任取扱指定を受けている施術所が複数ある場合は、いずれか一箇所　のみ申請が可能です。**