

3 交付申請額 (〇〇施設) ←施設の区分によって様式が違いますのでご注意ください。

①+②=

700,000円

支援金の額は、交付要綱第4条別表を確認し、施設区分に応じた金額を記入してください。(要綱はホームページ内に掲載しています。)

① 病院 有床診療所

区分	施設名	交付申請内訳
病院	●●病院	稼働病床数 20床
		申請額 600,000円
		稼働病床数 床
		申請額 円
計		申請額 600,000円

② 無床診療所 (医科・歯科) ・薬局・訪問看護ステーション・施術所・助産所

区分	施設名	交付申請内訳
無床診療所 (歯科)	▲▲歯科	100,000円
		円
計		100,000円

4 振込先

金融機関名 (ゆうちょ銀行を除く)	支店名	分類	口座番号 (右詰め⇒でお書きください)	(フリガナ) 口座名義
■ ■ 1 銀行 3 信組 2 金庫 4 農協	× × 本支店 本・支所 出張所	■ 普通	1 2 3 4 5 6 7	リョウホウシヨウ〇〇会 リジチョウ ◆◆◆◆ 医療法人〇〇会 理事長 ◆◆◆◆
金融機関コード 1 2 3 4	支店コード 5 6 7	□ 当座		

ゆうちょ銀行	通帳記号 (6桁目がある場合は ※欄にご記入ください)	通帳番号 (右詰め⇒でお書きください)	(フリガナ) 口座名義
ゆうちょ銀行を選択された方は、 銀行通帳の見開き左上または キャッシュカードに記載された記 号・番号をお書き下さい。	1 2 3 4 0 ※	1 2 3 4 5 6 7	リョウホウシヨウ〇〇会 リジチョウ ◆◆◆◆ 医療法人〇〇会 理事長 ◆◆◆◆

5 添付書類 施設区分によって必要な書類が異なりますので、ホームページ内でご確認ください。

- (1) 上記の振込口座が確認できる書類の写し (通帳のコピー等)
- (2) 令和4年分確定申告の写し (個人で開設し運営している施術所、助産所のみ。)
- (3) 申請者と口座名義人が同一でない場合は、押印ありの委任状

市記入欄	交付金額	受付	審査	入力	確認
	千円				