

宮崎県知事 殿

宮崎県医療分野における食材料費高騰対策緊急支援金申請書

次のとおり、宮崎県医療分野における食材料費高騰対策緊急支援金の支給を受けたいので、関係書類を添えて申請します。

1 基本情報

事業者名 (法人等名)	フリガナ	
	名称	
所在地	〒	
	住所(番地・住居番号)	
	(建物名等)	
代表者	職名	
	氏名	
書類作成 担当者	フリガナ	
	氏名	
連絡先	電話番号 (日中つながる番号)	
	e-mail(アドレス)	

2 支給の対象事業所に関する情報

通し番号	医療施設等の所在地		医療施設等名	医療施設等の種別 (いずれかに○をつけてください)	支給単価	許可病床数 (R6.4.1時点)	申請額 (3,200円×許可病床数)
	郵便番号	住所					
1				病院 ・ 有床診療所	3,200円	床	円
2				病院 ・ 有床診療所	3,200円	床	円
3				病院 ・ 有床診療所	3,200円	床	円
4				病院 ・ 有床診療所	3,200円	床	円
5				病院 ・ 有床診療所	3,200円	床	円
6				病院 ・ 有床診療所	3,200円	床	円
7				病院 ・ 有床診療所	3,200円	床	円
8				病院 ・ 有床診療所	3,200円	床	円
9				病院 ・ 有床診療所	3,200円	床	円
10				病院 ・ 有床診療所	3,200円	床	円
合計							円

3 申請に当たっての確認事項

以下の全ての要件を満たしているか確認し、□にチェックを入れてください。

<input type="checkbox"/>	宮崎県医療分野における食材料費高騰対策緊急支援金支給要領第2の支給の対象に掲げる要件を満たします。
<input type="checkbox"/>	宮崎県医療分野における食材料費高騰対策緊急支援金支給要領第3を確認し、対象施設であることを確認しました。

上記記載内容に虚偽がないことを誓約します。虚偽があった場合はいかなる理由があっても支給額の全額を返還いたします。

令和 年 月 日

事業者名(法人等名)

代表者職名・氏名