

別記
様式第1号(第4関係)

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	フリガナ	イリヨウホウジン●●カイ	
(法人等名)	名称	医療法人●●会	
所在地	〒	880-0000	
	住所(番地・住居番号)	宮崎市●●●町●●●●	
	(建物名等)	●●ビル3階	
開設者	職名	理事長	
	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)	090-0000-0000	
	e-mail(アドレス)	aaaaa@bb.jp	

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	880-0000	宮崎市○○町○○	●●病院	○病院 ・ 有床診療所	3,200円	50床	160,000円
2	880-0000	宮崎市○○町○○	△△クリニック	病院 ・ ○有床診療所	3,200円	3床	9,600円
3							0円
4							0円
5							0円
6							0円
7							0円
8							0円
9							0円
10							0円
合計							169,600円

(※1) の色の箇所は自動計算となっております。

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 checked="" 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 checked="" 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) 医療法人●●会

代表者職名・氏名 理事長 ●●●●

別記様式第2号（第4関係）

請求書

宮崎県医療分野における食材料費高騰対策緊急支援金

令和 年 月 日

宮崎県知事 河野 俊嗣 殿

(事業者)

所在地

宮崎市●●●町●●●●

事業者名（法人等名）

医療法人●●●会

代表者職名・氏名

理事長 ●● ●●

令和 ●年 ●月 ●日 付で申請した宮崎県医療分野における食材料費高騰対策緊急支援金について、下記金額を請求します。

記

請求額 金 169,600 円

(振込預金口座)

金融機関名	●●銀行		
支店名	▲▲支店		
金融機関コード	0123	支店コード	456
預金種別	普通		
口座番号	12345678		
(フリガナ)	イヨウホウジン●●カイジチョウ●●●●		
口座名義	医療法人●●●会 理事長 ●● ●●		

担当者氏名	▲▲ ▲▲
電話番号	0985-00-0000