

# 提出書類一覧

下記の書類が揃っていることを確認したうえで、提出をお願いいたします。

|      |  |                                                                                                                                               |
|------|--|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 提出書類 |  | 石川県物価高騰対策支援金申請書(医療分)(様式第1号)                                                                                                                   |
|      |  | 振込先の通帳の写し<br>(「金融機関名」「支店名」「預金種別」「口座番号」「口座名義人(フリガナ)」が読み取れるもの(通帳の表紙裏側のコピーなど))                                                                   |
|      |  | ★ <u>特別高圧電力を受電する病院の場合</u> ★<br><br>・石川県物価高騰支援金申請額計算書(様式第1-2号)<br>・特別高圧電力の受電契約が分かる書類(電力供給契約書、検針票、請求書等の写し)<br>・対象月の電力使用量が分かる書類(検針票、請求書、領収書等の写し) |

(様式第1号)

受付番号

石川県物価高騰対策支援金申請書(医療分)

提出日: 年 月 日

石川県知事 殿

標記について、次により支援金を支給されるよう関係書類を添えて申請します。

申請額: 0 円

1. 申請者情報

|                            |                                                                    |      |  |
|----------------------------|--------------------------------------------------------------------|------|--|
| 施設種別<br>(該当するものに○をつけてください) | 病院 / 有床診療所 / 無床診療所(医科) / 無床診療所(歯科) / 助産所 / 施術所(あん摩・はり・きゅう・柔整) / 薬局 |      |  |
| 申請コード<br>(発送済み事業案内に掲載)     |                                                                    |      |  |
| 法人名<br>(無い場合は記入不要)         |                                                                    |      |  |
| 施設(医療機関等)名                 |                                                                    |      |  |
| 役職・代表者名                    |                                                                    |      |  |
| 施設(医療機関等)所在地               | 郵便番号                                                               |      |  |
|                            | 住所                                                                 |      |  |
| 担当者<br>(所属・職氏名)            |                                                                    | 電話番号 |  |
| メールアドレス                    |                                                                    |      |  |

2. 振込口座情報

|                   |  |  |  |           |  |  |  |
|-------------------|--|--|--|-----------|--|--|--|
| 金融機関名             |  |  |  | 支店名       |  |  |  |
| 金融機関コード(4桁)       |  |  |  | 支店コード(3桁) |  |  |  |
| 口座種別              |  |  |  | 口座番号(7桁)  |  |  |  |
| 口座名義人<br>※カタカナで記載 |  |  |  |           |  |  |  |

※必ず申請者名義の口座を指定してください。(医療機関等を設置する法人でも可)  
※振込先の通帳の写し(「金融機関名」「支店名」「預金種別」「口座番号」「口座名義人(フリガナ)」が読み取れるもの(通帳の表紙裏側のコピーなど))を添付してください。

3. 支給要件・施設種別・支給額

(1) 支給要件

|                                                                                                                                                                               |               |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------|
| ・本施設は、令和5年7月1日時点において、石川県内に所在し、申請日時点において稼働し、事業継続予定である施設です。<br>・本施設は公立ではありません。<br>・本施設は、出張専門の助産所ではありません。<br>・本施設は、あん摩マツサージ指圧師、はり師、きゆう師等に関する法律第9条の3に基づき、出張のみの届出を行っている施術所ではありません。 | 左記に相違ない場合✓を記入 |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------|

(2) 施設種別・支給額

|      |                        |      |
|------|------------------------|------|
| 施設種別 | (病院・有床診療所の場合)<br>許可病床数 | 支援金額 |
|      |                        |      |

※特別高圧電力を受電する病院は、様式第1－2号により支援金額を計算し添付すること。  
なお、電気使用量が確定する前に、許可病床数により算定される支援金額を申請し、電気使用量が確定した後に、改めて差額分を申請することができるものとする。

4. 誓約

- (1) 支給対象施設の要件を満たしています。
- (2) 支給のために提出した書類に虚偽はありません。
- (3) 支援金の申請は、1施設につき1回限りとします。
- (4) 石川県暴力団排除条例第2条に規定する暴力団員に該当せず、かつ将来にわたっても該当しません。また、暴力団員が役員ではなく、暴力団と密接な関係を有しておらず、かつ将来にわたっても該当しません。
- (5) 県税の滞納はありません。
- (6) 虚偽が判明した場合は、支援金の返還に応じるとともに、支援金と同額の違約金の支払いに応じます。
- (7) 個人情報の取扱いに関して、支援金の給付手続きに必要な範囲で事務局と共有することに同意します。

|                                                                                                                                                                               |                            |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------|
| <p>私は、石川県物価高騰対策支援金を申請するにあたり、上記の内容について、誓約します。<br/>なお、この誓約が虚偽であり、又はこの誓約に反したことにより、当方が不利益を被ることとなっても、異議は一切申し立てません。</p> <p>住所 _____</p> <p>施設(医療機関等)名 _____</p> <p>代表者職氏名 _____</p> | <p>誓約する場合、<br/>以下に✓を記入</p> |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------|

※誓約のチェックがなければ、申請書を受け付けることができません。

(様式第1号)

受付番号

《記載例》

石川県物価高騰対策支援金申請書(医療分)

提出日: 年 月 日

石川県知事 殿

事務局整理用のため、  
記入不要。

標記について、次により支援金を支給されるよう関係書類を添えて申請します。

申請額: 0 円

1. 申請者情報

|                                |                                                                       |                |              |
|--------------------------------|-----------------------------------------------------------------------|----------------|--------------|
| 施設種別<br>(該当するものに○をつけて<br>ください) | 病院 / 有床診療所 / 無床診療所(医科) / 無床診療所(歯科) /<br>助産所 / 施術所(あん摩・はり・きゅう・柔整) / 薬局 |                |              |
| 申請コード<br>(発送済み事業案内に掲載)         | A●●●●●                                                                |                |              |
| 法人名<br>(無い場合は記入不要)             | 医療法人○○会                                                               |                |              |
| 施設(医療機関等)名                     | ○○病院                                                                  |                |              |
| 役職・代表者名                        | 院長 ○○ ○○                                                              |                |              |
| 施設(医療機関等)所在地                   | 郵便番号                                                                  | ○○○-○○○○       |              |
|                                | 住所                                                                    | 金沢市○○町○○丁目○○番地 |              |
| 担当者<br>(所属・職氏名)                | 総務課 課長 ○○ ○○                                                          | 電話番号           | 076-○○○-○○○○ |
| メールアドレス                        | xxxxxxx@aaa.jp                                                        |                |              |

自動計算  
3. (1) (2) の合計

申請は法人単位ではなく、  
施設(医療機関等)単位

2. 振込口座情報

|                   |                    |   |          |   |           |      |   |   |   |   |   |
|-------------------|--------------------|---|----------|---|-----------|------|---|---|---|---|---|
| 金融機関名             | ○○銀行               |   |          |   | 支店名       | ○○支店 |   |   |   |   |   |
| 金融機関コード(4桁)       | 1                  | 2 | 3        | 4 | 支店コード(3桁) | 5    | 6 | 7 |   |   |   |
| 口座種別              | 普通                 |   | 口座番号(7桁) |   | 1         | 2    | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 口座名義人<br>※カタカナで記載 | イリウホウジン○○カイ○○ビョウイン |   |          |   |           |      |   |   |   |   |   |

※必ず申請者名義の口座を指定してください。(医療機関等を設置する法人でも可)  
※振込先の通帳の写し(「金融機関名」「支店名」「預金種別」「口座番号」「口座名義人(フリガナ)」が読み取れるもの(通帳の表紙裏側の  
コピーなど))を添付してください。

3. 支給要件・施設種別・支給額

(1) 支給要件

|                                                                                                                                                                                       |                   |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|
| ・本施設は、令和5年7月1日時点において、石川県内に所在し、申請日時点において稼働し、事業継続<br>予定である施設です。<br>・本施設は公立ではありません。<br>・本施設は、出張専門の助産所ではありません。<br>・本施設は、あん摩マツサージ指圧師、はり師、きゆう師等に関する法律第9条の3に基づき、出張のみ<br>の届出を行っている施術所ではありません。 | 左記に相違ない場合✓<br>を記入 |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|

(2) 施設種別・支給額

|      |                        |      |
|------|------------------------|------|
| 施設種別 | (病院・有床診療所の場合)<br>許可病床数 | 支援金額 |
|      |                        |      |

○病院、有床診 3万円/許可病床数(3床以下は10万円/施設)  
○無床診、助産所 10万円/施設  
○施術所、薬局 5万円/施設

※特別高圧電力を受電する病院は、様式第1－2号により支援金額を計算し添付すること。  
なお、電気使用量が確定する前に、許可病床数により算定される支援金額を申請し、電気使用量が確定した後に、改めて差額分を申請することができるものとする。

4. 誓約

- (1)支給対象施設の要件を満たしています。
- (2)支給のために提出した書類に虚偽はありません。
- (3)支援金の申請は、1施設につき1回限りとします。
- (4)石川県暴力団排除条例第2条に規定する暴力団員に該当せず、かつ将来にわたっても該当しません。また、暴力団員が役員ではなく、暴力団と密接な関係を有しておらず、かつ将来にわたっても該当しません。
- (5)県税の滞納はありません。
- (6)虚偽が判明した場合は、支援金の返還に応じるとともに、支援金と同額の違約金の支払いに応じます。
- (7)個人情報の取扱いに関して、支援金の給付手続きに必要な範囲で事務局と共有することに同意します。

|                                                                                                                                                             |                            |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------|
| <p>私は、石川県物価高騰対策支援金を申請するにあたり、上記の内容について、誓約します。<br/>なお、この誓約が虚偽であり、又はこの誓約に反したことにより、当方が不利益を被ることとなっても、異議は一切申し立てません。</p> <p>住所</p> <p>施設(医療機関等)名</p> <p>代表者職氏名</p> | <p>誓約する場合、<br/>以下に✓を記入</p> |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------|

※誓約のチェックがなければ、申請書を受け付けることができません。