

年 月 日

都留市長 様

所在地
医療機関名
代表者名

都留市医療機関物価高騰対策支援金交付申請書兼請求書

都留市医療機関物価高騰対策支援金の交付を受けたいので、都留市医療機関物価高騰対策支援金交付要綱第4条の規定により、下記のとおり申請及び請求します。

記

1 支援金の交付申請兼請求額 _____円

2 支援金の内訳

医療機関名		a 病床数
		床
b 基本額	c 加算額 (a×10,000)	
円	円	
交付申請兼請求額 合計 (b+c)		円

※1 無床診療所は、「a 病床数」欄に0と記入してください。

※2 基本額と加算額は、下表を参考に記入してください。

【都留市医療機関物価高騰対策支援金交付要綱別表】

区分	交付額	
	基本額	加算額
①病院 ②有床診療所	①400,000 円 ②200,000 円	一般・精神病床 1 床あたり 10,000 円
③無床診療所・歯科診療所	③100,000 円	なし

3 誓約事項

次のとおり相違ないことを確認の上、各項目の□欄へ「レ点」を記載してください。
全ての項目にレ点を入れないと申請できません。

- ☐ 令和 8 年 9 月 1 日時点において開院しています。
- ☐ 令和 9 年 3 月 31 日までの間に、継続して休院することなく患者を受け入れます。
- ☐ 暴力団（※）でなく、また、役員等が暴力団員（※）や暴力団員と密接な関係を有する者ではなく、当事業の経営に暴力団や暴力団員が実質的に関与していません。かつ、将来にわたっても本項に該当しません。

※ 暴力団員による不当な行為の防止等に関する法律（平成 3 年法律第 77 号）第 2 条第 2 号に規定する暴力団をいう。

- ☐ 本市から申請書類の内容に関して検査や報告の求めがあった場合には、これに応じます。
- ☐ 以下の場合には速やかに申請を取り下げ、支援金の返還に応じます。
 - ①虚偽の申請を行った場合
 - ②誤った申請と交付がされていた場合
 - ③誓約事項が順守されなかった場合

4 支援金振込先

金 融 機 関 名		支 店 名		種 目	
銀 行		本 店		1 普 通	
信用金庫		支 店		2 当 座	
信用組合					
農業協同組合					
フリガナ		口 座 番 号			
口座名義					

交付金の振込先口座は、対象医療機関の開設者名義（法人にあたっては当該法人名義、個人にあたっては当該開設者個人又は屋号を冠した個人名義）の口座限るものとする。

【添付書類】

- 1 振込先金融機関の口座が確認できる通帳の写し