

(様式第1号)



愛媛県知事

医療施設食材費高騰対策応援金申請書

提出日: 年 月 日

事務局整理用のため、入力不要。

標記について、次により応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: 256,000 円

1. 申請者情報

(WEB申請の場合押印不要)

法人名 (個人事業主の場合は屋号)	医療法人〇〇会			印 (社印・代表者印)
役職・代表者名 (個人事業主の場合は氏名)	理事長・〇〇〇〇			
法人所在地	郵便番号(ハイフンあり)	790-××××		
	住所	松山市〇〇町〇〇丁目〇〇番地		
責任者 (所属・職氏名)	総務課・課長・〇〇〇〇	電話番号 (ハイフンあり)	〇〇〇-〇〇〇〇-〇〇〇〇	
(責任者メールアドレス)	〇〇.jp			
担当者 (所属・職氏名)	総務課・係長・〇〇〇〇	電話番号 (ハイフンあり)	〇〇〇-〇〇〇〇-〇〇〇〇	
(担当者メールアドレス)	××.jp			

代表者印、社印いづれも可。

※責任者は法人内(又は個人事業所内)で当該業務における責任を負う役員を、担当者は当該事務を担当する者を記入すること。
※責任者と担当者は別の者とする。ただし、個人事業主本人が担当者となる場合、責任者及び担当者欄には個人事業主本人を記載すること。
※責任者メールアドレス及び担当者メールアドレスは個人アドレスでも共有アドレスでも可。

2. 振込口座情報

金融機関名	〇〇銀行				支店名	〇〇支店						
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	<input checked="" type="checkbox"/> 普通	<input type="checkbox"/> 当座	口座番号(7桁)			8	9	1	2	3	4	5
口座名義人 ※カタカナで記載	イリヨウハウジン〇〇カイ											

※必ず申請者名義の口座を指定すること(法人の場合は当該法人、個人事業主の場合は当該個人の口座に限る)

3. 施設区分・支給額

施設区分	医療施設名	所在地	医療機関等コード	病床数	支給額(円)
病院	A病院	松山市〇〇町〇〇丁目〇〇番地	3810111111	30	96,000
	B病院	東温市〇〇町〇〇丁目〇〇番地〇	3811578911	40	128,000
有床診療所	Gクリニック	松山市〇〇町〇〇丁目〇〇番地	3810133333	10	32,000
合計					256,000

※施設名は略さずに正式名称を記入すること。

所在地等、入力範囲が足りない場合は、列の高さを変更可能です。

4. 支給要件

本申請書で申請している施設は、令和6年4月から同年5月までの毎月又は特定の月に、給食費の全部又は一部を施設側で負担しています。	左記に相違ない場合 ✓を記入
	<input checked="" type="checkbox"/>

5. 誓約

- (1) 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32条第1項各号に掲げる者ではありません。
- (2) 県税に未納はありません。
- (3) 支給対象要件に該当しない事実や不正等が発覚した場合は、速やかに応援金を返還し、給付を受けた団体名、代表者氏名及び所在地等の情報を公表されることに同意します。

私は、医療施設食材費高騰対策応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。 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。 法人所在地 <u>松山市〇〇町〇〇丁目〇〇番地</u> 法人名 <u>医療法人〇〇会</u> 代表者職氏名 <u>理事長・〇〇〇〇</u>	誓約する場合、 以下に✓を記入 <input checked="" type="checkbox"/>
---	---

※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。

6. 提出書類

①申請書(本紙)

※申請書のほか申請に係る証拠書類は、応援金の支給年度の翌年から起算して5年間保存しておいてください(別添「応援金FAQ」のQ19を参照)。

②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(通帳の表紙と裏の見開き(カタカナでの名義・口座番号が記載されている部分)の写し)

※WEB申請の場合は写真データ等