

受付番号	1						
※申請者記入不要							



愛媛県知事

様

提出日： 年 月 日

※記入必須、空欄・未来日不可、再提出時は初回提出日を記載

医療施設物価高騰対策応援金申請書

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。

※支給額合計より自動入力(直接入力時)

1. 申請者情報

申請額： 円

法人名 (個人事業主の方は屋号)				WEB申請の場合押印不要 ※郵送は押印必須		
法人代表者 (個人事業主の方は氏名)	役職		氏名	(印) (社印・代表者印)		
法人所在地	郵便番号	※ハイフン必須 (例) 〇〇〇-〇〇〇〇				
	住所					
責任者	所属・職				<<責任者と担当者について>> ・責任者と担当者は別の者とする。こと。 ・個人事業主本人が担当者の場合は、責任者欄も担当者欄も事業主本人を記載で構わない。 <<メールアドレスについて>> ・Web申請の場合は記入必須。 ・責任者と担当者のメールアドレスは別々のものを記入すること。但し、責任者と担当者が同じアドレスを使用している場合は、同一でも可。 ・Web申請専用ページと申請書の責任者・担当者の各アドレスは同一にすること。	
	氏名					
	電話番号	※ハイフン必須				
	メールアドレス					
担当者	所属・職					
	氏名					
	電話番号	※ハイフン必須				
	メールアドレス					

※ 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職員を、担当者は当該事務を担当する者を記入すること。

2. 振込口座情報

金融機関コード	(4桁)				金融機関名		<<口座について>> ※申請者名義の口座を記入すること。 (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。)
支店コード	(3桁)				支店名		
口座種別	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座		口座番号	(7桁)			
口座名義人	※正式名称を略さず にカタカナで記載						

3. 施設区分・支給額

▼ 病院、有床診療所 → 1病床につき 5,000 円(※1) ▽ 無床診療所 → 1施設につき 30,000 円

施設区分▼ 病院・有床診療所	医療施設名 ※正式名称を記入	施設所在地	医療機関コード ※10桁	病床数▼	支給額(円)
			38		
			38		
			38		
			38		
			38		
			38		
施設区分▽ 無床診療所	医療施設名 ※正式名称を記入	施設所在地	医療機関コード ※10桁	施設数▽	支給額(円)
			38		
			38		
			38		
			38		
			38		
			38		

(※1)「病床数」を乗じて算出した額が30,000円未満の場合は、支給額を30,000円とします。

合計

