

千葉県知事 熊谷 俊人 様

所在地
法人名 <small>(個人開設の場合は記載不要)</small>
代表者職氏名

令和7年度医療機関等物価高騰対策支援事業支援金給付申請書兼請求書
(無床診療所、薬局、助産所又は施術所)

このことについて、下記のとおり、関係書類を添えて申請します。

記

- 1 申請対象施設 通番
所在地
名称
- 2 医療提供施設の種別 _____
- 3 支援金申請額兼請求額 _____ 円

4 振込先

金融機関名		金融機関コード	
支店名		支店番号	
預金種別 (普通・当座)			
口座番号			
(フリガナ)			
口座名義			

5 確認事項 (申請対象施設全てについて、以下の内容を確認し間違いがなければ☑をしてください。)

- 基準日において、保険診療を行っている施設で間違いありません。
(薬局の場合は保険薬局、助産所の場合は業務を行っていること)
- 基準日において、出張専門の業務ではありません。
(基準日：令和 年 月 日)
- あはき施術所と柔整施術所はそれぞれ区画され独立している。
(施術所で、あはき施術所と柔整施術所の両施設を申請する場合のみ)

※同一施設内で、あん摩マッサージ指圧・はり・きゅう施術所と柔道整復施術所を兼業する場合は1つの施設と見なし、重複して支給しません。

請求に関する担当 (責任) 者

所 属
職 氏 名
連 絡 先

【添付書類】

- (1) 別紙1 (一覧表) …申請対象施設が複数ある場合
- (2) 第2号様式 (誓約書)
- (3) 第3号様式 (役員等名簿)
- (4) 振込先口座の通帳 (表紙及び表紙を一枚めくった見開きのページ) の写し等、振込先口座が確認できる書類
- (5) 支払結果通知書又はそれに準ずるもの (療養費の受け取りを確認できる書類) (あん摩マッサージ指圧・はり・きゅう施術所、柔道整復施術所に限る)