

佐久市医療機関等物価高騰対策事業交付金申請書兼請求書

令和 年 月 日

（申請・請求先）佐久市長

※法人の場合：法人名・医療機関（薬局）名・代表者職・代表者氏名を記入してください。

1 申請・請求者 ※個人事業主の場合：屋号・代表者氏名を記入してください。

フリガナ	
法人：法人名・医療機関（薬局）名・代表者職・代表者氏名 個人事業主：屋号・代表者氏名	
住所 ※ 法人（本社等）と医療機関（薬局）で住所が異なる場合は併記してください。	〒 ー
担当者氏名（所属・職・氏名）	
電話番号	

佐久市医療機関等物価高騰対策事業交付金交付要領第 5 条の規定により、次のとおり申請します。
なお、申請に当たり、市長が市税等の納付状況や、県に対して県の補助事業等の給付状況を確認することに同意します。

2 申請・請求額

(単位：円)				
施設等区分	許可病床数	基準単価	加算額	申請・請求額
病院 医科診療所（有床） 医科診療所（無床） 歯科診療所 助産所 薬局 から選択。	病院、 医科診療所（有床） のみ記入。 ※令和 7 年 1 月 1 日現在	病院：120,000円 医科診療所（有床）：120,000円 医科診療所（無床）：60,000円 歯科診療所：60,000円 助産所：60,000円 薬局：60,000円 から選択。	病院、 医科診療所（有床）のみ： 15,000円×許可病床数	基準単価＋加算額

3 振込先

金融機関名	銀行・金庫 組合・農協	支店名	本店・支店・ 出張所
預金種目	普通・当座	口座番号	
フリガナ			
口座名義人			

※必ず申請者名義の口座を指定してください。（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ります。）

4 交付要件 ※すべてにチェックがなければ交付を受けることができません。

交付を申請する施設等は下記の要件を満たしています。

☐ 光熱費、食材費、ガソリン代について原油価格等の高騰の影響を受けていること。

☐ 申請日時点で休止中でなく、また、休止又は廃止の予定がないこと。

☐ 令和 6 年 1 0 月 1 日時点で、病院、医科診療所及び歯科診療所においては保険医療機関であること、助産所においては開設の届出を出している又は開設の許可を受けていること、薬局においては保険薬局であること。

5 誓約 ※すべてにチェックがなければ交付を受けることができません。

私は、佐久市医療機関等物価高騰対策事業交付金を申請するにあたり、下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。

☐ 市税等に未納はありません。

☐ 佐久市暴力団排除条例（平成 2 4 年 3 月 2 8 日佐久市条例第 1 号）に規定する暴力団員又は暴力団若しくは暴力団員と密接な関係を有する者ではありません。

☐ 交付金の交付決定後に交付要件に該当しない事実や不正等が発覚した場合は、速やかに交付金を返還します。

6 添付書類

長野県の社会福祉施設等価格高騰対策支援金の申請書の写し又は決定通知書の写し
※ 県へ電子申請した場合は、申請したことが分かる画面を添付してください。

7 注意事項

- 修正液等は使用しないでください。