

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

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、長野県に対して社会福祉施設等価格高騰対策支援金の支給状況を確認することに同意します。

1 申請・請求者

| | |
|--|-----|
| フリガナ | |
| 法人：法人名・代表者職・代表者氏名 個人事業者：屋号・代表者氏名 | |
| 法人：本店の所在地 個人事業者：施設等の所在地 | 〒 ー |
| （法人（本店）の所在地と施設等の所在地 が異なる場合は併記してください。） | 〒 ー |
| 施設等の名称 | |
| 担当者氏名（所属・職・氏名） | |
| 電話番号 | |
| メールアドレス | |

2 申請・請求額

| 施設等区分 | 許可病床数 （令和7年12月1日時点） | 基準単価 | 加算額 （20,000円×許可病床数） | 申請・請求額 （基準単価＋加算額） |
|-------|------------------------|------|------------------------|----------------------|
| | | 円 | 円 | 円 |

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。 <input type="checkbox"/> 光熱費、食材費について原油価格等の高騰の影響を受けていること。 <input type="checkbox"/> 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。 <input type="checkbox"/> 令和7年12月1日時点で、病院、医科診療所（有床・無床）及び歯科診療所においては保険医療機関であるもの、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もの、薬局においては保険薬局であるもの、施術所（柔道整復、あん摩マッサージ指圧、はり、きゅう）においては開設の届出をしており、かつ、受領委任取扱い施設の指定を受けているもの、歯科技工所においては開設の届出をしているもの。 |
|--|

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。 <input type="checkbox"/> 市税等に未納はありません。 <input type="checkbox"/> 佐久市暴力団排除条例（平成24年3月28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。 <input type="checkbox"/> 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支給要綱第6条に基づく「社会福祉施設等価格高騰対策支援金支給決定通知書（様式第2号）」の写し