

四万十市長 様

所在地  
法人名  
代表者職氏名

㊞

四万十市医療機関等物価高騰に関する対策給付金給付申請書兼請求書

四万十市医療機関等物価高騰に関する対策給付金の給付を受けたいので、四万十市医療機関等物価高騰に関する対策給付金給付事業実施要綱第4条の規定により、関係書類を添えて申請及び請求します。

記

- 1 給付申請額兼請求額 金 \_\_\_\_\_ 円  
2 1の内訳

区分	給付対象医療機関等 ( )内に事業所等名称を記載	①基礎額	②病床数に応じた額	③給付申請額 (①+②)
1	病院 ( )	250,000 円	円 ※1,500 円×許可病床数 (休床分を除く。)	円
2	有床診療所（医科） ( )	173,000 円	円 ※1,500 円×許可病床数 (休床分を除く。)	円
3	無床診療所（医科・歯科） ( )	55,000 円	—	円
4	薬局 ( )	27,000 円	—	円
5	訪問看護ステーション ( )	27,000 円	—	円
6	施術所 ( )	8,000 円	—	円
給 付 申 請 額 合 計				円

—(裏面に続く)—

3 添付資料

- (1) 四万十市税の納税証明書（3箇月以内に発行されたものに限る。）
- (2) 誓約書（様式第2号）
- (3) その他市長が特に必要と認める資料

4 振込先

			銀行・信金 信組・農協 労金		本店 支店・支所 出張所				
預金種別	普通・当座	口座番号							
フリガナ									
口座名義人									

※この申請書は、四万十市が給付の決定を行った後に、給付金の請求書として取り扱います。